

Metody výzkumu, statistika

Anotace předmětu:

Předmět je koncipován jako teoreticko-praktický a předpokládá aplikaci znalostí a dovedností získaných v ostatních ošetřovatelských a humanitních předmětech. Předpokládá určitou úroveň schopnosti kreativity. Naučí studenty základům kritického vědeckého myšlení: pochopení potřeby a významu vědeckého přístupu v ošetřovatelské praxi. Naučí je základním krokům výzkumného procesu, výběru vhodných metod, zpracování a vyhodnocování výsledků.

Garant předmětu:

Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D.

1 Výzkum v ošetřovatelství

Pojem výzkum lze vysvětlit jako poznávací činnost v rámci vědního oboru s cílem odhalení vlastností, souvislostí, příčin a podmínek a popisem zákonitostí u sledované problematiky. (BÁRTLOVÁ, SADÍLEK, TÓTHOVÁ, 2009)

Legislativní vymezení zákonem č. 211/2009 Sb., o podpoře výzkumu, experimentálního vývoje a inovací rozlišuje základní výzkum, jakožto teoretickou nebo experimentální práci prováděnou za účelem získání nových vědomostí o základních principech jevů nebo pozorovatelných skutečností. Základní výzkum není primárně zaměřen na využití v praxi. Aplikovaný výzkum představuje teoretický a experimentální práci zaměřenou na získání nových poznatků a dovedností pro vývoj nových výrobků nebo jejich podstatné zdokonalení, stejně jako postupů či služeb.

Ošetřovatelství, jako obor zaměřený na vyhledávání a uspokojování bio-psycho-sociálních a spirituálních potřeb člověka v souvislosti s péčí o jeho zdraví, je samostatná vědecká disciplína. Proto mezi její charakteristické rysy patří poskytování ošetřovatelské péče na základě vědeckých poznatků podložených výzkumem. (KONCEPCE OŠETŘOVATELSTVÍ, 2004)

Díky výzkumu prováděného v rámci ošetřovatelství se vytvářejí nové poznatky ovlivňující tento obor a dále lze díky němu provádět **ošetřovatelskou péči založenou na důkazech** (Evidence based practice – **EBP**).

EBP nespočívá v pouhém zavedení výsledků výzkumu do praxe, ale jde o začlenění důkazů do individualizované ošetřovatelské péče.

Pro správné využití EBP je stěžejní dovednost sester skloubit své klinické zkušenosti a výsledky nových studií, tedy nové vědomosti, v péči o konkrétního pacienta. (JAROŠOVÁ, 2009)

Právě EBP je velice dobrým příkladem pro ukázkou způsobu myšlení ve výzkumu, protože stejně jako výzkum, je základem pro EBP kladení otázek. Rozdíl mezi výzkumem a EBP spočívá v samotné podstatě obou procesů. Zatímco pomocí výzkumu hledáme odpovědi na otázky nebo popisujeme nové fenomény či vztahy apod., pomocí EBP nalézáme vhodné výsledky výzkumu pro aplikaci na konkrétní případy, tedy vyhledáváme popsané výzkumy a jejich možné využití.

Proces EBP se skládá z následujících kroků:

1. formulace klinické otázky – lze využít metody „PICOT“, což je zkratka počátečních písmen (v angličtině) jednotlivých částí dané klinické otázky

P - Population/Patient Problem – populace/problematika (pacienti s určitou dg., pacienti hospitalizovaní na určitém oddělení, pacienti v určitém věku apod.)

I – Intervention - intervence (co chceme s pacientem/pro pacienta dělat)

C - Comparison – srovnávaný stav/problematika/činnost (alternativa intervence)

O - Outcome – požadovaný výsledek (co hledáme)

T – Time frame - časový rámeček, který nemusí být vždy zahrnut do klinické otázky (LCC, 2013)

2. vyhledávání relevantních výzkumů nebo popsaných důkazů – lze využívat učebnice, skripta, sborníky, odborné časopisy, on-line portály apod.; je nutné ale vždy hodnotit aktuálnost, případně důvěryhodnost informací

3. vyhodnocení nalezených výsledků výzkumů – kritické zhodnocení popsaného výzkumu, využití metody

4. užití výsledků v praxi – je třeba vzít v úvahu veškeré okolnosti, které mohou praktické využití ovlivnit, a dále je třeba přistupovat ke všem případům individuálně

5. celkové hodnocení – zhodnocení využitelnosti pro další praxi, přínosný je i popis daného případu např. v odborném tisku apod.

Tvorbu klinických otázek ovlivňuje směr nebo oblast, ve které chceme hledat výzkumy a především výsledky a popisy důkazů. Klinické otázky tedy mohou být zaměřeny na:

- terapii – zabývá se otázkou, která léčba nebo intervence je v daném případě ta nejlepší

- prevenci – zabývá se otázkou, jak lze předcházet danému problému

- diagnózu/hodnocení – zabývá se otázkou jak nejlépe diagnostikovat/určit nebo hodnotit daného pacienta/příznak apod.

- příčinu – zabývá se otázkou, co daný problém zapříčiňuje

- efekt nebo prognózu – zabývá se otázkou, jaký je efekt, dlouhodobý dopad nebo prognóza dané problematiky

- význam – zabývá se otázkou jaký význam má daná problematika/proces pro pacienta

Podmínkou pro užívání EBP v praxi je dovednost kritického myšlení sester.

Vzhledem k šíři oboru ošetřovatelství je i velice pestrá škála směrů výzkumu v ošetřovatelství, mezi které patří:

- vytváření nových poznatků v ošetřovatelské péči

- návrhy a ověřování ošetřovatelských modelů

- popis základních fyziologických, sociálních a behaviorálních procesů a souvislostí

- tvorba vzdělávacích programů a materiálů

- profese sestry, vývoj a historie

- výzkum v oblasti managementu ošetřovatelství

- environmentální ošetřovatelství

- vzdělávání sester

- etika

- hodnocení efektivity ošetřovatelských intervencí/nástrojů

Výzkum v ošetřovatelství probíhá:

- ve výzkumných ústavech

- na vysokých školách

- ve vzdělávacích institucích
- ve zdravotnických zařízeních
- sociálních zařízeních

Výzkum v ošetrovatelství je podřízen legislativním předpisům (např. konvence o biomedicině) a etickým ustanovením souvisejícím s biomedicínským výzkumem. Výsledky výzkumu prováděného v ošetrovatelství jsou prezentovány na odborných konferencích a také v odborném tisku. V obou případech jde jak o národní, tak i mezinárodní úroveň předávání nově získaných poznatků.

Díky výzkumu v ošetrovatelství lze posuzovat a hodnotit efektivitu poskytované péče a jejích jednotlivých složek. Výsledky výzkumu ovlivňují nejen praxi samotnou, ale také působí na oblast vzdělávání sester.

Tím, že sestry samy jsou schopné o ošetrovatelství kriticky přemýšlet, lze posouvat kvalitu a bezpečí poskytovaných ošetrovatelských služeb stále výš, stejně jako komfort pacientů a zároveň i zvyšovat prestiž povolání všeobecných sester.

Literatura:

BÁRLOVÁ, Sylva, Petr SADÍLEK, Valérie TÓTHOVÁ. *Výzkum a ošetrovatelství*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2009. ISBN 978-80-7013-467-2.

JAROŠOVÁ, Darja. *Praxe založená na důkazech v ošetrovatelství*. *Výukový portál LF UP Olomouc* [online] 25. 2. 2009, poslední aktualizace 21. 9. 2012 [vid. 28. 5. 2013]. ISSN 1804-5936. Dostupný z: <http://mefanet.upol.cz/clanky.php?aid=27>.

Nursing Research Guide. [online]. LCC (© 2013 Lansing Community College). [vid. 30. 5. 2013]. Dostupné z: <http://libguides.lcc.edu/content.php?pid=280891&sid=2313380>

Sbírka zákonů České republiky. 2009, částka 63. ISSN 1211-1244.

Věstník 9/2004. Metodická opatření. Koncepce ošetrovatelství. [online]. MZČR (© 2010 MZČR). [vid. 30. 5. 2013]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik_3648_1778_11.html

2 Metody výzkumu

V rámci popisů výzkumu a jejich metodologie se setkáváme s celou řadou odborných výrazů a dělení výzkumu podle různých hledisek.

Pro určitou představu a orientaci v této problematice je zde uveden následující přehled.

Výzkum lze rozdělit na:

- teoretický – využívá čistě teoretické metody (abstrakce, analýza, syntéza, modelování apod.)
- empirický – na základě analýzy získaných dat jsou formulovány zákonitosti jako objektivní realita

Základní dělení výzkumu je odvozeno od jeho zaměření nebo cíle. Prvotní otázkou je, zda výzkumník chce číselně popsat vztahy mezi určitými jevy nebo vytvořit či popsat novou teorii. Tedy zda využije kvantitativní nebo kvalitativní výzkum (případně výzkum smíšený).

1. kvantitativní výzkum

- kvantifikuje vztahy mezi proměnnými
- cílem je testování, tedy potvrzení nebo vyvrácení, hypotéz

Základní techniky kvantitativního výzkumu:

- přímé/standardizované pozorování – záměrné vnímání stanovených jevů
- rozhovor – dotazování respondenta (osobní, telefonické)
- dotazník – tištěný formulář otázek, do kterého respondent zaznamenává své odpovědi
- analýza dokumentů – cílená analýza (hledání předem stanovených jevů) celého spektra dokumentů (tištěných, filmových, elektronických apod.), které nejsou vytvořeny pro účely daného výzkumu

Dále výzkum lze dělit na observační a experimentální.

Observační výzkum zahrnuje:

- deskriptivní výzkum
- zjišťuje výskyt určitého jevu v populaci
- popisuje určitý stav
- analytická studie – ověřuje existenci vztahu mezi určitými jevy
- prospektivní studie – popisuje vztahy mezi jevy ve směru od příčiny k následku (v této souvislosti se můžeme také setkat s termínem „kohortová studie“, tedy zkoumání souboru s určitým společným znakem - kohorty)
- retrospektivní studie – hledá přítomnost jevu v minulosti v určitém souboru osob (u tohoto druhu výzkumu se můžeme setkat s termínem „case-control study“, tedy srovnávání výskytu určitého jevu v daném souboru osob a také v kontrolní skupině osob; přičemž kontrolní skupina nesmí vykazovat charakteristické známky zkoumané kohorty)
- cross-sectional studies (průřezová studie) – popisuje předpokládanou příčinu a následek v témže čase (JAROŠOVÁ, 2009)

Experimentální výzkum, tedy takový, kde na zkoumaných subjektech jsou prováděny určité intervence (někdy je tento výzkum označován také jako „intervenční“):

- nekontrovaná studie – efekt intervence je porovnáván s výsledky předešlých studií
- kontrovaná studie – jsou vytvořeny dva soubory na principu náhodného výběru (randomizace), tím vzniká kontrolní soubor; výhodou je snížení zkreslení vlivem spolupůsobících faktorů
- jednoduše slepá studie (př. při testování léku pouze pacient neví, zda dostává testovaný preparát či placebo)
- dvojitě slepá studie (na výše uvedeném příkladu – ani pacient, ani lékař neví, zda užívá testovaný preparát či placebo)
- trojitě slepá studie (pacient, lékař a správci vyhodnocovaných dat jsou zaslepeni – nevědí jaká medikace je podávána)
- čtyřnásobné zaslepení – tento termín se používá v případech, kdy kromě osob podávajících testovanou medikaci spolupracuje i zvláštní personál vyhodnocující léčebný efekt (většinou obě tyto funkce zastává jedna osoba)

Mezi další možná kritéria pro dělení výzkumu patří např.:

- účel výzkumu - historický, klinický, epidemiologický

- výzkumník - individuální, skupinový
- časový faktor - průřezová studie (např. jednorázový sběr dat), longitudinální studie (dlouhodobě ve více časových bodech), tendenční/vývojová studie (BÁRTLOVÁ, SADÍLEK, TÓTHOVÁ, 2009; JAROŠOVÁ, 2009)

Jako samostatné metody výzkumu bývají popisovány např.:

- evaluační výzkum – analýza programů, projektů, akcí, intervencí apod. s cílem formulování potřebných aktivit k nápravě zjištěných problematických oblastí
- akční výzkum – analýza konkrétních procesů, jevů či situací se záměrem dosáhnout určitého cíle s participací zúčastněných osob (viz kapitola 8 Akční výzkum)
- kazuistika – případová studie
- systematické přehledy – shrnují výsledky výzkumů podle předem definované metodologie
- meta-analýza – sumarizace, analýza dat nezávislých studií se záměrem identifikace a kvantifikace převažujících jevů
- pilotní studie – ověřuje relevantnost výzkumného zájmu v dané populaci
- předvýzkum – testuje nástroje, které chceme v plánovaném výzkumu použít

2. kvalitativní výzkum

- nenumerické šetření
- cílem je popis reality
- tvoří nové teorie
- tvoří nové hypotézy (které lze dále zkoumat kvantitativní metodou)
- identifikuje problematické oblasti
- zobecňuje (BÁRTLOVÁ, SADÍLEK, TÓTHOVÁ, 2009; DISMAN, 2002)

Základní techniky kvalitativního výzkumu:

- zúčastněné pozorování – výzkumník se účastní každodenních činností pozorované skupiny/subjektu
- rozhovor
- nestandardizovaný rozhovor – interakce mezi tazatelem a respondentem
- polostrukturovaný rozhovor – tazatel má připravené okruhy otázek/témata; průběh každého polostrukturovaného rozhovoru je jedinečný a odvíjí se také od interakce tazatele s respondentem
- Focus group (ohnisková skupina) – částečně strukturovaný rozhovor vedený moderátorem v ohniskové skupině
- obvykle 6–12 účastníků
- účastníci jsou často účelově vybíráni s ohledem na **segmentaci** (dle určité kategorie – např. segmentace podle pohlaví nebo věku atd.) a **homogenitu** (skupina členů podle zaměření – např. sestry pracující na ARO, které zaručuje porozumění zkoumané problematice)
- analýza dokumentů - hledání souvislostí, vazeb, charakteristik apod. v celém spektru dokumentů (tištěných, filmových, elektronických apod.), které nejsou vytvořeny pro účely daného výzkumu

Kvalitativní výzkum lze dělit podle přístupu např. na:

- idiografický výzkum – společenskovední výzkum hledající smysl nebo význam, prožitek, popis, apod.
- symbolický interakcionismus – hledání porozumění sociální interakce

- fenomenologický výzkum – studuje fenomény, tedy popisuje zkušenosti, události, koncepty, situace apod.
- zakotvená teorie – vytváření nové teorie na základě získaných dat
- etnometodologický výzkum – zaměřuje se na každodenní metody v rámci sociálních interakcí (pozorování vzniku reality)
- etnografický výzkum – vychází z antropologie, jde o detailní popis reality (HENDL, 2008)

3. smíšený výzkum – zahrnuje obě výše uvedené metody

Kvantitativním a kvalitativním výzkumem se budeme podrobněji zabývat v následujících kapitolách.

Literatura:

BÁRLOVÁ, Sylva, Petr SADÍLEK, Valérie TÓTHOVÁ. *Výzkum a ošetřovatelství*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2009. ISBN 978-80-7013-467-2.

DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost. Příručka pro uživatele*. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0139-7.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum. Základní teorie, metody a aplikace. Druhé, přepracované a aktualizované vydání*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-485-4.

JAROŠOVÁ, Darja. Praxe založená na důkazech v ošetřovatelství. Výukový portál LF UP Olomouc [online] 25. 2. 2009, poslední aktualizace 21. 9. 2012 [vid. 28. 5. 2013]. ISSN 1804-5936. Dostupný z: <http://mefanet.upol.cz/clanky.php?aid=27>.

3 Limity výzkumu

V souvislosti s limity výzkumu je nutné upozornit na skutečnost, že absolutní **validitu**, tedy obsahovou platnost nebo pravdivost, zkoumané oblasti pravděpodobně nelze dosáhnout. Prokázaná validita konkrétního výzkumu s určitým kontextem je platná pouze v tomto kontextu.

Validita se hodnotí na základě propojenosti mezi cílem výzkumu a jeho výsledky, zjednodušeně lze říci, že validní výzkum je takový, když výzkumník skutečně zkoumá to, co zkoumat chtěl.

Validitu lze ověřit následujícími způsoby:

a) srovnání s vnějším prostředím

- **prediktivní validita** – srovnává výsledky testovaného měření (předpokládaných výsledků) se skutečnými výsledky

- **validita založená na členství ve známé skupině** – testujeme nástroj, který má být použit ve výzkumu, na skupině vykazující vlastnost, kterou chceme měřit

- **souběžná validita** – měření téže vlastnosti je prováděno dvěma (nebo více) postupy

- **konstruovaná validita** – posuzuje hypotézy – vlastnost (která je cílem výzkumu) a způsob jejího měření lze logicky propojit

b) testování obsahu měřeného (zkoumaného) jevu

- **validita založená na mínění skupiny soudců** – shoda výroků mezi odborníky

- **validita určená výčtem obsahu** – posuzuje úroveň prozkoumání dané problematiky

- **zjevná validita** – výzkumník intuitivně spoléhá spojitost mezi měřením a zkoumaným jevem. (OLECKÁ, IVANOVÁ, 2010)

S validitou výzkumu úzce souvisí i jeho **reliabilita**, tedy spolehlivost měření. Reliabilní výzkum je takový, který při jeho zopakování přináší shodné výsledky (za podmínky, že se stav zkoumaného objektu nezměnil).

Kvalita dat (proměnných) je dána jejich validitou a reliabilitou. Proměnná je validní, jestliže během výzkumu nedojde k systematickému zkreslení obsahu a je reliabilní, jestliže při opakovaném měření (výzkumu), provedeného za nezměněných podmínek, je její hodnota stejná.

Veškeré výzkumy probíhají v nějakém prostředí (přirozeném, uměle vytvořeném) a na veškeré dění v tomto prostředí působí řada činitelů, se kterými výzkumník počítá, protože o nich ví, ale také takové, které nejsou známé, předvídatelné nebo v době výzkumu „jen“ neodhalené. Druhý případ samozřejmě validní provedení výzkumu znemožňuje.

Každý výzkumník vybírá pro účely svého výzkumu určitou část reality, kterou chce zkoumat, tedy tzv. **přirozený systém**.

„Přirozený systém je definován jako soubor proměnných, které jsou navzájem spojeny mnoha vztahy. Naproti tomu počet vztahů spojujících jeden přirozený systém s jiným přirozeným systémem je veličina nižšího řádu.“ (DISMAN, 2002, s. 17)

V této definici narážíme na termín „**proměnná**“, který znamená vlastnost nebo nějaký znak související se zkoumaným jevem.

Rozeznáváme dva druhy přirozeného systému:

- **informačně uzavřený** – veškeré vlivy, které na tento systém působí, jsou výzkumníkovi známé
- **informačně otevřený** - výzkumník nezná vlivy, které v daném prostředí existují

Popsat realitu v informačně otevřeném systému není možné. Z tohoto důvodu je nutný správný výběr informačně uzavřeného přirozeného systému, ve kterém nedochází k ovlivňování proměnných bez vědomí výzkumníka, a na který působí pouze omezené množství jiných přirozených systémů.

Zjednodušeně lze uzavřený přirozený systém přiblížit takto: „... pokud si umíme představit situaci, ve které „něco“ může ovlivnit to, co studujeme, také ono „něco“ patří do přirozeného systému.“ (DISMAN, 2002, s. 20)

Důležitým aspektem je také výběr celého systému. Zahrne-li se do výzkumu pouze část systému, tedy **neúplný přirozený systém**, je vysoce pravděpodobné, že dojde ke **zkreslení**, protože kromě působení jiného přirozeného systému je nutné brát v úvahu i vlivy zbylé části daného přirozeného systému.

Rozeznáváme několik typů zkreslení, které jsou níže vysvětleny na příkladech, interakce proměnných X, Y, Z:

- **dvojí příčina**

Výzkumník popisuje realitu tak, že proměnná Y je ovlivňována pouze proměnnou X. Ve skutečnosti je ale ovlivňována jak proměnnou X, tak i Z.

- **chybějící střední člen**

Výzkumník popisuje realitu tak, že proměnná X ovlivňuje proměnnou Y. Ve skutečnosti ale proměnná Z, která není zahrnuta do výzkumu, nejdříve ovlivňuje X a následně Y.

- **nepravá korelace**

Výzkumník popisuje realitu tak, že proměnná X ovlivňuje proměnnou Y. Ve skutečnosti ale proměnná Z, která není zahrnuta do výzkumu, ovlivňuje proměnnou X i Y.

- **vývojová sekvence**

Výzkumník popisuje realitu tak, že proměnná X ovlivňuje proměnnou Y. Ve skutečnosti ale proměnná Z, která není zahrnuta do výzkumu, nejdříve ovlivňuje X, které následně působí na Y.

Situace předešlého ovlivnění je naprosto přirozenou součástí veškerého dění. V souvislosti s možným zkreslením výzkumu je nutné se zamyslet nad pomyslným místem nebo časovým úsekem přerušení **kauzálního řetězce** (každá příčina má svou příčinu, která má opět svoji příčinu...). Právě nesprávné přerušení tohoto řetězce vede k výše uvedenému zkreslení. (DISMAN, 2002)

Vzhledem k faktu, že přirozený systém obsahuje nespočet proměnných, nelze reálně pracovat s dokonale popsáním přirozeným systémem, ale s **redukováným popisem reality**.

K redukci informací dochází formou:

- **redukce počtu pozorovaných proměnných** – viz zkreslení

- **redukce počtu analyzovaných vztahů mezi proměnnými** – způsobuje téměř stejné zkreslení jako redukce počtu pozorovaných proměnných, rozdíl je v rozsahu, kde redukce počtu analyzovaných vztahů je příčinou rozsáhlejšího zkreslení; zjednodušeně lze říci, že redukuje systém, který byl již redukován v počtu proměnných

- **redukce populace na vzorek** – viz 5 Výzkumný vzorek

- **redukce časového kontinua na popis určených časových bodů** – tento případ redukce je relevantní především na sociologicky zaměřené výzkumy, protože veškeré sociální jevy se mění s průběhem času; problém nastává v případě, že cílem výzkumníka je **kauzální vysvětlení**, tedy vysvětlení příčinné souvislosti mezi proměnnými

Kauzální charakter vztahu mezi dvěma proměnnými lze potvrdit, jestliže existují souběžné změny v obou proměnných, které se objeví v logickém časovém sledu a je-li vyloučena existence další proměnné. (DISMAN, 2002)

Dle Dismana (2002) patří mezi další typy zkreslení:

- **historie** – vnější činitel ovlivňuje proměnné a následky jsou pak nesprávně považovány za součást výstupu daného výzkumu

- **zrání** – změny jsou vyvolávané tokem času (např. u dlouhodobých studií subjekty získávají v určité oblasti zkušenosti a tím ovlivňují výsledky výzkumu)

- **prostředí** – jedná se o prostředí, kde se nachází zkoumaná skupina nebo daný subjekt, které může vyvolávat negativní pocity a ovlivňovat tak výkon jednotlivých účastníků výzkumu (např. místnost je příliš chladná, není dobře větraná, zakouřená nebo naopak zde není možné kouřit apod.)
- **instrumentace** – zkreslení dané změnou v užitých instrumentech při měření (mezi předběžným a následným měřením)
- **regrese k průměru** – k tomuto zkreslení dochází při chybném předběžném měření; prevencí tohoto zkreslení je vhodná metoda tvorby vzorku
- **experimentální úmrtnost** – k tomuto zkreslení dochází při testování dvou skupin, když z jedné skupiny se ztrácí („odpadává“) evidentně více subjektů
- **testování** – „Nastává tehdy, když předběžné měření samo ovlivní závisle proměnnou a my se mylně domníváme, že tyto změny byly vyvolány experimentálním stimulem.“ (DISMAN, 2002, s. 46)
- **redukce informací** – toto zkreslení je v určité míře součástí veškerých výzkumných operací a metod; v kvantitativním výzkumu je relevantní především pro tvorbu hypotéz (viz 6.1 Přípravná fáze)

Ke **zkreslení** může docházet také **na základě výzkumných stimulů**. (DISMAN, 2002)

To znamená, že sami výzkumníci ovlivňují (vědomě či nevědomě, pozitivně či negativně) účastníky výzkumu.

Mezi tato možná zkreslení se řadí:

- **efekt morčete** – účastníci výzkumu jsou si vědomi, že se účastní výzkumu, a proto jejich jednání nemusí být přirozené
- **výběr role** - účastníci výzkumu své odpovědi/chování modifikují ve snaze např. se lépe prezentovat
- **měření jako zdroj změny** – vlivem rozhovoru nebo vyplňování dotazníku apod. účastníci výzkumu transformují své postoje k dané problematice; do této kategorie spadá i tzv. efekt záhlaví, kdy si respondent vytváří zkreslený obraz výzkumníka nebo instituce, která výzkum provádí
- **stereotyp ve volbě odpovědi** – objevuje se v dotaznících v otázkách s nabídnutými možnostmi odpovědi (např. rozhodně souhlasím, souhlasím, nevím, spíše nesouhlasím, rozhodně nesouhlasím), kdy respondenti mají tendenci spíše souhlasit s danými tvrzeními

V kvantitativním výzkumu může ke zkreslení dojít také při chybné konstrukci dotazníku, kdy je např. proveden neúplný výběr kategorií (množství odpovědí je menší nebo se překrývají), otázka má více významů, respondent otázce nerozumí, výzkumník mylně předpokládá ze strany respondentů znalost použitých pojmů, respondent na otázku nechce odpovědět (nevhodné, choulostivé, nepříjemné otázky) rozhovor je příliš dlouhý atd.

Oblast kvalitativního výzkumu je specifická především v oblasti možnosti ovlivnění celého výzkumu osobností samotného výzkumníka.

Ke zkreslení informací a tím i celého výzkumu může dojít v každé jeho fázi.

Výzkumník by měl proto věnovat pozornost především přípravě daného výzkumu, aby mohl případné zkreslení předvídat, počítat s ním a především mu předcházet.

Literatura:

DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost. Příručka pro uživatele*. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 978-80-246-0139-7.

OLECKÁ, Ivana a Kateřina IVANOVÁ. *Metodologie vědecko-výzkumné činnosti*. Olomouc: Moravská vysoká škola Olomouc, 2010. ISBN 978-80-87240-33-5.

4 Etika ve výzkumu

V biomedicínském výzkumu se setkáváme s několika možnými označeními člověka, který se výzkumu účastní, lépe řečeno, na kterém je výzkum prováděn. Jedná se o označení **účastník výzkumu** nebo **subjekt**, a dále v oblasti získávání informací např. pomocí dotazníku nebo rozhovoru je tento člověk označován jako **respondent**.

V oblasti etiky výzkumu v ošetrovatelství lze, stejně jako v případě etických principů a následně i etických kodexů, vycházet z lékařství, které má delší a bohatší historickou základnu.

Literatura:

BÁRTLOVÁ, Sylva, Petr SADÍLEK, Valérie TÓTHOVÁ. *Výzkum a ošetrovatelství*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2009. ISBN 978-80-7013-467-2.

CIOMS, WHO. *International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects*. Geneva: Council for international Organizations of Medical Sciences, 2002. ISBN 92-9036-075-5.

European Commission. EUR 21620 – Evropská charta pro výzkumné pracovníky. Kodex chování pro přijímání výzkumných pracovníků. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2006. ISBN 92-894-9329-1.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Druhé, přepracované a aktualizované vydání. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-736-485-4.

HENDL, Jan. *Přehled statistických metod. Analýza a metaanalýza dat. Čtvrté, rozšířené vydání*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0200-4.

MUNZAROVÁ, Marta. *Lékařský výzkum a etika*. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 978-80-247-0924-4.

MUNZAROVÁ, Marta. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 978-80-247-1024-2.

Sbírka zákonů České republiky, 1992, částka 72. ISSN 1211-1244.

Sbírka zákonů České republiky, 1998, částka 56. ISSN 1211-1244.

Sbírka zákonů České republiky, 2000, částka 32. ISSN 1211-1244.

Sbírka zákonů České republiky, 2000, částka 36. ISSN 1211-1244.

Sbírka mezinárodních smluv, Česká republika. 2001, částka 44. ISSN neuvedeno.

Sbírka zákonů České republiky. 2009, částka 63. ISSN 1211-1244.

Usnesení vlády České republiky Etický rámec výzkumu, usnesení vlády České republiky ze dne 17. srpna 2005 č. 1005 [online]. Vláda České republiky. (Vláda ČR (c)2009-2013). [vid. 21.6.2013]. Dostupné z: http://kormoran.vlada.cz/usneseni/usneseni_webtest.nsf/WebGovRes/1B10CBA305B06D7FC12571B6006F630B?OpenDocument.

4.1 Etické dokumenty

Mezi základní etické dokumenty v oblasti výzkumu patří:

a) Norimberský kodex – vznikl v roce 1947 jako odezva na páchaní zločinů proti lidskosti během 2. světové války prostřednictvím výzkumů prováděných mimo jiné lékaři na zajatcích a věznicích. (MUNZAROVÁ, 2005)

Kodex obsahuje tyto oblasti:

- dobrovolný souhlas účastníka výzkumu
- získané poznatky přispívají k dobru společnosti a nelze je získat jiným způsobem
- experiment by měl být podložen výzkumem na zvířatech, vědomostmi o průběhu zkoumaného problému, tak aby pomocí očekávaných výsledků bylo provedení výzkumu obhajitelné
- výzkum je prováděn s naprostou minimalizací fyzického i mentálního utrpení či poškození
- při důvodném podezření na možné poškození s invaliditou nebo smrti subjektu není možné výzkum provést; výjimkou je situace, kdy je lékař v roli výzkumníka i subjektu výzkumu
- humanitární význam zkoumané problematiky musí převážit rizika souvisejícího s daným výzkumem
- příprava výzkumu a zajištění potřebného vybavení je prováděno za účelem ochrany zdraví a života zkoumaného subjektu
- experiment mohou provádět, nebo se podílet, jen vědecky kvalifikovaní odborníci
- možnost ukončení experimentu v jakékoli fázi výzkumu
- ve všech stádiích experimentu může odpovědný vědecký pracovník pokus ukončit (v případě pravděpodobnosti, že během pokračování by došlo k poškození nebo usmrcení subjektu)

b) Helsinská deklarace - přijata na zasedání Světové lékařské asociace (WMA) v roce 1964. Od té doby prošla řadou revizí a novelizací. Poslední verze této deklarace byla schválena v Edingurghu v roce 2000. Helsinská deklarace popisuje etické principy, kterými se mají řídit lékaři a jiné osoby v rámci medicínského výzkumu prováděného na člověku, případně na identifikovatelných látkách lidského původu na identifikovatelných datech.

Mezi zásadní myšlenky této deklarace patří, že je třeba upřednostňovat blaho výzkumného subjektu před zájmy vědy a společnosti.

Helsinská deklarace je rozdělena na 3 oblasti:

- Úvod (ve kterém jsou popsány souvislosti mezi etickými principy, medicínským výzkumem a zdravotní péčí)
- základní principy vztahující se na veškerý medicínský výzkum
- další zásady pro medicínský výzkum spojený s poskytováním zdravotní péče

c) Mezinárodní etické směrnice pro biomedicínský výzkum zahrnující lidské subjekty – mezinárodní dokument vypracovaný CIOMS (Council for International Organizations of Medical Sciences) ve spolupráci s WHO (World Health Organization) roku 1982; jeho poslední úprava proběhla v roce 2002.

Tento dokument vychází z obecných etických principů, jako je respekt k člověku, beneficence, nonmaleficence a justice a stanovuje 21 zásad pro provádění biomedicínského výzkumu, mezi které např. patří nutnost schválení etickou komisí, individuální informovaný souhlas, náležitosti informovaného souhlasu: základní informace pro potenciální účastníky výzkumu, výběr kontroly v klinickém výzkumu, výzkum zahrnující děti, etické náležitosti externích sponzorů provádění zdravotní služby

d) Evropská charta pro výzkumné pracovníky – soubor obecných zásad a požadavků, popisující úlohu, odpovědnosti a práva výzkumníků, jejich zaměstnavatelů a investorů.

Obecné zásady, vztahující se na výzkumníky:

- svoboda výzkumu
- etické zásady
- profesní odpovědnost
- profesní přístup
- smluvní a zákonné povinnosti
- odpovědnost
- řádné postupy v oblasti výzkumu
- šíření a využívání výsledků
- veřejný závazek
- vztahy s dohlížejícími osobami
- povinnosti spojené s kontrolou a řízením
- nepřetržitý profesní rozvoj

e) Etický rámec výzkumu – jde o Usnesení vlády ČR č. 1005 z roku 2005, které formuluje základní normy chování výzkumného pracovníka a stanovuje 6 základních etických zásad výzkumu:

- svoboda výzkumu a odpovědnost
- respektování názorové plurality a tolerance
- respektování lidské důstojnosti a autonomie při výzkumu
- transparentnost
- solidarita a spolupráce ve výzkumu
- prospěšnost a nepoškozování, každé riziko výzkumu musí být vyváženo přínosem

Z legislativních ustanovení souvisí s výzkumem především:

- zákon České národní rady č. 343/1992 Sb., kterým se mění a doplňuje zákon České národní rady č. 97/1974 Sb., o archivnictví
- ústavní zákon č. 2/1993 Sb. ve znění ústavního zákona č. 162/1998 Sb., Listina základních práv a svobod
- předpis č. 96/2001 Sb. m. s., Úmluva o lidských právech a biomedicíně (Kapitola 5 – Vědecký výzkum)
- zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů
- zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů
- zákon č. 211/2009 Sb., o podpoře výzkumu, experimentálního vývoje a inovací
- zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník (Oddíl 6 – Osobnost člověka)

4.2 Výzkum

Vzhledem k faktu, že předmětem výzkum v ošetrovatelství je hledání nových poznatků v oblasti péče o lidi ve zdraví i nemoci, je problematika etiky v tomto oboru velice důležitá.

Každý výzkumník by měl dodržovat určitá pravidla, která jsou dána etickými principy vědecké práce. Mezi obecné, tedy aplikovatelné ve všech vědních oborech, patří:

a) principy související s osobou výzkumníka

- (emoční) odstup – výzkumník je i přes touhu po provedení výzkumu schopen akceptovat a dodržet etické principy, zvažuje důsledky plánovaného výzkumu pro jeho účastníky a bere v úvahu ztrátu kritického odstupu, schopnosti zajistit nezávislost výzkumu a jeho vědeckou úroveň
- objektivnost – získané informace jsou ve shodě se zkoumanou realitou, jsou pravdivé, výsledky nejsou ovlivněny výzkumníkovými názory
- poctivost – nakládání se všemi získanými informacemi nebo daty probíhá nejen dle platné legislativy, ale také dle předem dohodnutých pravidel mezi výzkumníkem a respondentem, zkoumanou skupinou nebo oprávněnou osobou (např. správcem zkoumaných dokumentů), nedochází k zamlčování informací např. o účelu, záměru výzkumu, délky jeho trvání apod.
- originalita – veškeré popsané výsledky výzkumu jsou původní (nejde o plagiát) a přinášejí nový poznatek
- obhajitelnost (zásadovost) – výzkumník, na základě získaných dat, je schopen obhájit své poznatky a závěry
- názorová tolerance – výzkumník akceptuje odlišné názory a kritiku související s daným výzkumem
- odbornost

b) principy související s účastníky výzkumu

- dobrovolnost
 - možnost odstoupení
 - emoční bezpečí
 - účast na výzkumu podložená poučeným/informovaným souhlasem účastníků výzkumu (výzkumník seznámí účastníka výzkumu s cílem, účelem výzkumu, délkou jeho trvání, způsobem využití získaných dat, zachování anonymity účastníků, apod.)
 - legálnost – výzkum je schválen příslušnými orgány
 - zachovávání důstojnosti účastníků výzkumu
 - respektování soukromí a práv účastníků výzkumu
 - zajištění spravedlivého přístupu ke všem účastníkům výzkumu
 - reciprocita – účastníci výzkumu by měli mít možnost seznámit se s výsledky a závěry provedeného výzkumu;
- v některých případech výzkumník cítí potřebu se nějakým způsobem odvděčit účastníkovi výzkumu za jeho čas, ochotu spolupracovat a poskytnout informace apod., vhodné jsou symbolické či upomínkové předměty, písemné poděkování atd. (HENDL, 2012), (HENDL, 2008)

Etické principy výzkumu v ošetrovatelství:

- a) prospěšnost – motivací mnoha lidí pro účast na výzkumu je pocit prospěšnosti, účastníci výzkumu musejí mít garantováno, že jimi poskytnuté informace nebudou zneužity; účastníkům výzkumu by měly být poskytnuty výsledky a závěry výzkumu, na kterém participovali
- b) respektování lidské důstojnosti – svobodný a informovaný souhlas účastníka výzkumu, možnost odstoupení z výzkumu ve všech jeho fázích; právo na soukromí, respekt a úctu

c) spravedlivost – výběr účastníků výzkumu by měla být spravedlivý a nediskriminující na základě kritérií daných výzkumem; právo na čestné jednání účastníka výzkumu před, během i po vlastním výzkumu

d) ochrana zranitelných jedinců – zvláštní ochrana osob neschopných rozhodnout o účasti na výzkumu

mezi tyto osoby patří:

- děti – informovaný/poučený souhlas poskytuje zákonný zástupce
- mentálně retardované osoby - informovaný/poučený souhlas poskytuje opatrovník nebo soudem určená osoba
- tělesně handicapované osoby – záleží na druhu a rozsahu postižení, v těchto případech se postupuje individuálně (většina tělesně postižených osob je schopna poskytnout informovaný/poučený souhlas)
- hospitalizovaní lidé – při získávání informovaného/poučeného souhlasu u hospitalizovaných pacientů je třeba postupovat tak, aby pacienti nepocítili nátlak ze strany personálu nebo výzkumníka na účast v daném výzkumu (BÁRTLOVÁ, SADÍLEK, TÓTHOVÁ, 2009)

e) dodržování etických zásad – platných pro výzkumníky a pro nelékařský zdravotnický personál; kromě výše uvedených principů a zásad je velice důležitý již zmíněný informovaný/poučený souhlas

V rámci informovaného/poučeného souhlasu by měl každý potenciální účastník být seznámen s účelem výzkumu, svou rolí ve výzkumu, délkou trvání a průběhem výzkumu, s typem požadovaných informací nebo dat, s formou odměny (je-li připravena), s metodou výběru účastníků výzkumu, velikostí zkoumaného vzorku, s metodou sběru dat, s možnými riziky, případně náklady, s možností odstoupení z výzkumu, se jménem a kontaktem na kontaktní osobu (v případě otázek, připomínek apod.) a s garancí anonymity a legálního nakládání s osobními daty. (BÁRTLOVÁ, SADÍLEK, TÓTHOVÁ, 2009)

Před zahájením ošetrovatelského (nebo medicínského, farmaceutického apod.) výzkumu je třeba mít schválení **etické komise** v daném zdravotnickém zařízení.

Etické komise hodnotí předkládaný výzkumný záměr z etického hlediska v souvislosti s medicínou (možnými zdravotními dopady apod.) a právem (možným porušením platných legislativních norem).

Složení etické komise by mělo pokrývat posuzovanou problematiku, tedy členy by v ideálním případě měly být lékaři, všeobecné sestry, právníci a zástupci laické veřejnosti.

První etické komise vznikaly v USA po roce 1960, v Evropě, konkrétně ve Velké Británii, v roce 1968. V ČR se první etické komise začaly objevovat až po roce 1989. (MUNZAROVÁ, 2005)

V případě provádění výzkumu v rámci studia (např. bakalářské, magisterské práce) obvykle stačí vyjádření vedení daného zdravotnického zařízení.

Literatura:

BÁRTLOVÁ, Sylva, Petr SADÍLEK, Valérie TÓTHOVÁ. Výzkum a ošetrovatelství. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2009. ISBN 978-80-7013-467-2.

CIOMS, WHO. *International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects*. Geneva: Council for international Organizations of Medical Sciences, 2002. ISBN 92-9036-075-5.

European Commission. EUR 21620 – Evropská charta pro výzkumné pracovníky. Kodex chování pro přijímání výzkumných pracovníků. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2006. ISBN 92-894-9329-1.

HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace. Druhé, přepracované a aktualizované vydání. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-736-485-4.

HENDL, Jan. *Přehled statistických metod. Analýza a metaanalýza dat. Čtvrté, rozšířené vydání*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0200-4.

MUNZAROVÁ, Marta. *Lékařský výzkum a etika*. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 978-80-247-0924-4.

MUNZAROVÁ, Marta. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 978-80-247-1024-2.

Sbírka zákonů České republiky, 1992, částka 72. ISSN 1211-1244.

Sbírka zákonů České republiky, 1998, částka 56. ISSN 1211-1244.

Sbírka zákonů České republiky, 2000, částka 32. ISSN 1211-1244.

Sbírka zákonů České republiky, 2000, částka 36. ISSN 1211-1244.

Sbírka mezinárodních smluv, Česká republika. 2001, částka 44. ISSN nevedeno.

Sbírka zákonů České republiky. 2009, částka 63. ISSN 1211-1244.

Usnesení vlády České republiky Etický rámec výzkumu, usnesení vlády České republiky ze dne 17. srpna 2005 č. 1005 [online]. Vláda České republiky. (Vláda ČR (c)2009-2013). [vid. 21.6.2013]. Dostupné z:

http://kormoran.vlada.cz/usneseni/usneseni_webtest.nsf/WebGovRes/1B10CBA305B06D7FC12571B6006F630B?OpenDocument.

5 Výzkumný vzorek

Výzkumný vzorek nebo také **výběrový soubor** lze chápat jako skupinu jednotek, která je v rámci výzkumu pozorována nebo kterou se výzkumník zabývá.

V souvislosti s výzkumným vzorkem v **kvantitativním výzkumu** se opět dostáváme k redukci informací (viz 4. Limity výzkumu), přesněji k redukci populace na vzorek.

Rozdíl mezi populací a vzorkem je nejen ve velikosti či počtu obsažených jednotek (např. respondentů), ale především v tom, že **populace** je soubor jednotek, pro které by měly být výsledky daného výzkumu platné, jinak řečeno, jde o soubor jednotek, o kterém chce výzkumník získat informace. Populací mohou být např. geriatřičtí pacienti, pacienti s určitou diagnózou, staniční sestry, studenti ošetrovatelství apod.

Vzorek je skupina jednotek, které jsou v daném výzkumu reálně pozorovány. (DISMAN, 2002) Výzkumný vzorek je možné si také představit jako podmnožinu populace.

Pro statistické zpracování se pro počet jednotek ve vzorku užívá označení „n“.
(HENDL, 2012)

K této redukci populace na vzorek dochází především z důvodu, že není možné finančních, technických, etických či jiných příčin zkoumat všechny jednotky,

kteřé jsou pro daný výzkum relevantní. Proto je nutné, tento výzkumný vzorek správně vytvořit. „Abychom byli schopni z chování vzorku předpovídat chování populace, musí struktura vzorku imitovat složení populace tak přesně, jak je to jen možné.“ (DISMAN, 2002, s. 94)

Závěry výzkumu, které vycházejí z informací o výzkumném vzorku, bývá žádoucí **zobecnit** na celou populaci.

K zobecnění může dojít, jestliže je zkoumaný vzorek vůči populaci **reprezentativní**.

Za reprezentativní vzorek je považován takový, který se podobá populaci v jejích charakteristikách, tedy ve všech jejích podstatných rysech a vlastnostech.

Rozeznáváme dva základní typy výběru jednotek:

1. pravděpodobnostní – náhodný výběr

- každá jednotka populace má stejnou pravděpodobnost, že bude součástí výzkumného vzorku

- náhodný vzorek reprezentuje veškeré (známé i neznámé) vlastnosti populace

- u náhodného vzorku lze stanovit pravděpodobnost chyb mezi vzorkem a populací (viz 6.3 Analýza dat)

- prostý/jednoduchý – na základě požadované velikosti vzorku, která je předem výzkumníkem definována, se náhodně vybírají jednotlivé jednotky např. losem, náhodným generováním čísel (pomocí PC)

- systematický - na základě požadované velikosti vzorku, která je předem výzkumníkem definována, se náhodně vybere první jednotka a následně je vybírána dle stanoveného klíče každá x-tá (např. každá druhá, desátá apod.)

- stratifikovaný – populace je rozdělena do skupin, které jsou na základě nějakého kritéria homogenní a dále jsou z těchto skupin jednotky vybírány náhodně

- víceúrovňový – náhodný výběr probíhá minimálně ve dvou krocích;

př. 1) náhodně vybraná fakultní nemocnice v ČR

2) náhodně vybraná klinika dané fakultní nemocnice

3) náhodně vybrané oddělení dané kliniky

4) náhodně vybraní pacienti daného oddělení

2. nepravděpodobnostní - nenáhodný výběr

- záměrný, účelový

- užívá se v kvantitativním i kvalitativním výzkumu

a) kvótní – lze využít u populace, o které máme dostatek informací, protože napodobuje ve struktuře vzorku známé vlastnosti dané populace; výzkumník předem určí kvótu, podle které se vyhledávají jednotky

př. muži ve věku 50–55 let, se středoškolským vzděláním, žijící minimálně 10 let v Praze, 0–5 let po infarktu myokardu

b) účelový – záměrný

- je nutné jasně určit populaci, kterou účelově vybraný vzorek reprezentuje

- neumožňuje širokou generalizaci (př. diabetici používající určitý typ inzulínového pera)

c) technika sněhové koule – snowball sampling

- výběr na základě doporučení

- nějaký původní informátor doporučí dalšího člena cílové skupiny a tím se počet účastníků výzkumu navyšuje

př. při rozhovorech respondent doporučí dalšího vhodného účastníka výzkumu, ten následně dalšího atd.

d) anketa

- vzorek vzniká na základě samovýběru respondentů (záleží na rozhodnutí respondenta, zda se dané ankety účastní)
- nelze definovat populaci, ke které by bylo možné vztahovat výsledky ankety

Důležitým aspektem kvality kvantitativního výzkumu je také velikost vzorku. Obecně platí, že čím větší vzorek, tím přesnější závěry. Je ale nutné vždy brát v úvahu, o jaký výzkum se jedná, protože v některých případech je i výzkum provedený na malém výzkumném vzorku dostatečně vypovídající. Z tohoto důvodu je velikost výzkumného vzorku relativní. (BÁRTLOVÁ, SADÍLEK, TÓTHOVÁ, 2009)

Přesto existuje zažitá konvence v oblasti výzkumu stanovující následující pravidlo:

- n 50 – velice malý vzorek
- n 100 – malý vzorek
- n 200 – přiměřený vzorek
- n 300 – dobrý vzorek
- n 500 – velice dobrý vzorek
- n 1000 – výborný vzorek

Velikost vzorku v kvalitativním výzkumu je velice různorodá. V porovnání s kvantitativním výzkumem se v naprosté většině jedná o mnohem menší vzorky, obvykle čítající řady jednotek až desítek respondentů.

Pro stanovení výzkumného vzorku v **kvalitativním výzkumu** je třeba mít na mysli, že záleží vždy na jeho zaměření a prostředí, ve kterém má být daný výzkum realizován. Je tedy důležité jasně definovat **cíl**, který je zkoumán a následně **jednotku analýzy** (jedinec, skupina, kultura apod.) a **místo analýzy** (organizace, událost, projekt, třída apod.).

Převedeno do kontextu ošetrovatelství se v případě jednotky analýzy může jednat o jednotlivé pacienty či sestry, skupinu pacientů s určitou diagnózou, nelékařský zdravotnický personál s různým stupněm vzdělání, pacienty jednoho etnika nebo vyznávající určité náboženství apod.

Místem analýzy může být nemocnice, nemocniční oddělení či několik oddělení stejné odbornosti, v případě hledání rozdílů (komparace) pak oddělení odlišné odbornosti. Jako událost lze zkoumat např. prožívání pacientů průběhu nějakého vyšetření nebo interakce pacienta a lékaře/sestry atd. Projektem v ošetrovatelství může být např. zavádění nového ošetrovatelského postupu, intervence nebo změna organizace práce.

S výzkumným vzorkem v rámci kvalitativního výzkumu souvisí následující termíny:

- **prostředí/místo analýzy** – viz výše

záleží, k jakému účelu bude výzkum sloužit; v některých případech kvalitativního výzkumu nejdříve volíme problém a pak prostředí, v některých případech opačně, tedy nejdříve prostředí a následně je definován problém

- **gatekeeper** (dveřník) – tato osoba většinou umožňuje vstup do prostředí, může ovlivnit přístup dalších lidí k výzkumníkovi, a to tak, že se jedná o osobu, která dává svolení výzkum provádět, jindy jde o řadového člena skupiny, který je ale neformální autoritou a až na základě jeho spolupráce nebo participace na výzkumu se začlení i ostatní

- **technika sněhové koule** - viz výše

- **teoretická saturace** – k teoretické saturaci dochází, když se získávaná data opakují, jinak řečeno, v odpovědích respondentů se neobjevují nové informace

Jednou z metod kvalitativního výzkumu je **focus group**, neboli ohnisková skupina (viz 1 Metody výzkumu), která má svá specifika pro výběr vzorku, tedy právě ohniskové skupiny.

Velikost ohniskové skupiny bývá obvykle 6-12 účastníků. Počet účastníků se odvíjí od množství a detailnosti potřebných informací. Při zvaní účastníků focus group je třeba počítat s náhradníky pro případ, že by se někdo nedostavil. Obvykle se zve přibližně o 20 % účastníků více. Pro jeden výzkum se využívá kolem 3–5 ohniskových skupin.

Focus group je většinou tvořena účelově vybraným vzorkem tak, aby účastníci byli schopni porozumět předmětu výzkumu, účastnit se diskuse a především byli ochotni se aktivně zúčastnit.

Je-li výzkum zaměřen např. na nějaké konkrétní téma v ošetrovatelství, výzkumník si může vybírat vhodné účastnice - sestry např. podle odbornosti, délky praxe, vzdělání apod. Jedná-li se ale např. o nějaký sociologický výzkum, kde je zapotřebí různorodé profesní zaměření účastníků, může být např. využíváno **screeningové telefonní interview**, při kterém se pomocí namátkově vybraných telefonních čísel hledají vhodní kandidáti pro účast ve focus group (samozřejmě i do jiného druhu výzkumné metody).

Je samozřejmostí, že všichni účastníci focus group musejí, nejlépe písemně, vyjádřit souhlas s účastí.

Literatura:

BÁRLOVÁ, Sylva, Petr SADÍLEK a Valérie TÓTHOVÁ. *Výzkum a ošetrovatelství*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2009. ISBN 978-80-7013-467-2.

DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost. Příručka pro uživatele*. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0139-7.

HENDL, Jan. *Přehled statistických metod: analýza a metaanalýza dat. Čtvrté, rozšířené vydání*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0200-4.

6 Kvantitativní výzkum

Kvantitativní výzkum je mezi laiky nejznámější metodou výzkumu. Důvodem je patrně fakt, že se s ním setkáváme např. v rámci různých marketingových studií, výzkumu předvolebních preferencí, apod.

Účelem kvantitativního výzkumu je testování hypotéz. Jinak řečeno, určuje, zda existuje souvislost mezi dvěma či více proměnnými a také kvantifikuje vztahy mezi proměnnými.

Pro kvantifikaci vztahů mezi proměnnými se využívají statistické metody, jako např.:

- korelace (korelační koeficient) – vztah mezi proměnnými
- rozdíl v určitém znaku mezi dvěma skupinami
- frekvence určitého znaku ve dvou různých skupinách

„Kvantitativní výzkum používá deduktivní metodu. To znamená, že je schopen řešit jen určitou kategorii problémů: Kvantitativní výzkum může nalézt řešení jen pro

takové problémy, které je možno popsat v termínech mezi pozorovatelnými proměnnými.“ (DISMAN, 2002)

Deduktivní metoda spočívá v následujícím postupu:

- 1) formulace problému nebo teorie
- 2) vytvoření hypotéz
- 3) sběr dat
- 4) přijetí nebo zamítnutí hypotéz

Shrneme-li uvedené, dojedeme k závěru, že kvantitativní výzkum řeší otázky, které vyvstávají z vytvořených hypotéz tím způsobem, že je buďto potvrdí nebo naopak vyvrátí.

Charakteristiky kvantitativního výzkumu:

- užívání deduktivní metody
- testování hypotéz
- typická kvantitativní data jsou číselná
- omezený obsah informací o rozsáhlém výzkumném vzorku
- snadná generalizace na populaci
- silná standardizace
- redukce informací
- vysoká reliabilita
- nízká validita
- měřitelná validita

V textu narážíme na nové termíny - hypotéza a standardizace.

Hypotézy jsou výzkumníkovy předpoklady o vlastnostech problematiky, kterou chce zkoumat, a také navrhují, jaké spojení mezi proměnnými pravděpodobně je.

Standardizace je sjednocení podmínek pro sběr dat, které zajišťuje vysokou reliabilitu, ale zároveň snižuje validitu redukcí objemu zjišťovaných informací (př. respondent je omezen volbou nabídnutých odpovědí - kategorií v dotazníku). Jedná se tedy o určitou redukci informací, která umožňuje srovnání údajů o mnoha subjektech. Lze konstatovat, že nestandardizované techniky sběru dat nejsou v kvantitativním výzkumu použitelné.

Typy výzkumných problémů a tedy i podoba kvantitativního výzkumu může být deskriptivní, (ko)relační nebo experimentální.

a) deskriptivní – popisný/pozorovací

- studuje vztahy mezi proměnnými
- subjekt je zkoumán jen jednou bez žádné intervence
- je třeba větší výzkumný vzorek (řády stovek subjektů)

b) (ko)relační

- dává do vztahu jevy nebo činitele
- studuje míru korelace (společného výskytu) několika jevů
- výsledky poskytují určitou predikci ve zkoumané oblasti

c) experimentální – pokusný/testovací

- studuje kauzalitu (příčinu nebo vztah mezi dvěma událostmi)

- subjekt je zkoumán před a po intervenci
- výzkum je dlouhodobý nebo opakovaný
- je třeba menší výzkumný vzorek (řády desítek subjektů)

Postup kvantitativního výzkumu:

1) přípravná fáze (včetně výzkumného projektu)

- formulace problému
- formulace hypotéz
- výběr populace a vzorku
- pilotní studie
- výběr techniky sběru dat
- organizační zabezpečení výzkumu
- konstrukce nástrojů pro daný sběr dat
- předvýzkum

2) sběr dat

3) zpracování dat

- analýza dat
- grafické znázornění získaných informací

4) interpretace

- formulace závěrů
- vypracování závěrečné zprávy
- prezentace výsledků

(BÁRTLOVÁ, SADÍLEK, TÓTHOVÁ, 2009, DISMAN, 2002)

Jednotlivé kroky budou popsány v následujících podkapitolách (6.1–6.4).

Literatura:

BÁRLOVÁ, Sylva, Petr SADÍLEK a Valérie TÓTHOVÁ. *Výzkum a ošetřovatelství*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2009. ISBN 978-80-7013-467-2.

DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost. Příručka pro uživatele*. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0139-7.

6.1 Přípravná fáze

K tomu, aby mohl být výzkumný problém dobře formulovaný, je třeba sestavit **1. výzkumné otázky**, které souvisejí s cílem výzkumu. Výzkumné otázky konkretizují výzkumný problém a na jejich základě jsou vytvořeny **hypotézy**. (PUNCH, 2008)

Např. bude-li cílem výzkumu zjistit (potvrdit/vyvrátit) existenci vztahu mezi informovaností pacienta a jeho spoluprací se zdravotníky, související výzkumná otázka může být např.: zda jsou pacienti informováni o své nemoci.

Dalším krokem je vytvoření obecné hypotézy.

2. formulace obecné (teoretické) hypotézy také označované jako východiskové hypotézy

Obecná hypotéza vychází z výzkumníkových předpokladů o dané problematice.

Tyto předpoklady mají svůj podložitelný teoretický základ. Nejedná se o pouhé domněnky výzkumníka.

Příklad obecné hypotézy: Čím více je pacient informován o své nemoci, tím je vyšší pravděpodobnost, že bude se zdravotníky spolupracovat.

V této fázi ještě není možné vytvořit výzkumné nástroje. Nejdříve je třeba obecnou hypotézu rozložit na pracovní hypotézy.

3. formulace pracovních (praktických) hypotéz, které jsou již konkrétní a specifikované

„Pracovní hypotéza je tvrzení, předpovídající existenci souvislostí mezi dvěma nebo více proměnnými.

Všechny proměnné v hypotéze musí mít validní operační definici.

Soubor pracovních hypotéz musí zahrnovat nejen proměnné reprezentující zkoumané koncepty, ale i ty proměnné, které mohou významně zkreslit interpretaci testovaných vztahů.“ (DISMAN, 2002, s. 79)

Zde je třeba vysvětlit nové termíny – **operační definice** a s ní související **operacionalizace**.

Operační definice ukazuje, jak lze měřit nebo popsat jednotlivé jevy.

Operacionalizace je převedení proměnných do měřitelné podoby. Je nutné vytvořit systém, jak měřit jednotlivé proměnné. K tomuto účelu se stanovují **indikátory** (neboli ukazatele).

Vydeme-li z příkladu výše uvedené obecné hypotézy, pak musíme identifikovat indikátory, pomocí kterých můžeme měřit nebo popsat vztah mezi „informovaností pacienta o své nemoci“ a „vyšší pravděpodobností spolupráce“.

Jako indikátory informovanosti pacienta lze navrhnout např.:

- frekvence vyhledávání informací o dané nemoci na internetu/v odborné literatuře
- dotazování se lékaře nebo sestry na otázky související s danou nemocí
- odebírání relevantního časopisu (např. pro stomiky, diabetiky apod.)
- členství např. v organizaci nebo skupině sdružující pacienty s určitou diagnózou
- schopnost popsat svou nemoc
- schopnost detekce nových symptomů

Jako indikátory spolupráce lze navrhnout např.:

- dodržování předepsaného terapeutického režimu (diety, medikace apod.)
- ochota spolupráce
- aktivní a včasné objednávání se na pravidelné kontroly
- včasné vyhledání lékařské pomoci

Na základě indikátorů je možné vyvodit pracovní hypotézy.

Pracovních hypotéz je vždy poměrně velké množství, protože každý z indikátorů musí být využit v jiné pracovní hypotéze. Např.:

- Pacienti, kteří vyhledávají informace o své nemoci na internetu nebo v odborné literatuře častěji dodržují léčebný režim než ostatní pacienti.
- Pacienti, kteří dokáží určit nové příznaky své nemoci, častěji vyhledají včasnou lékařskou pomoc, než ostatní pacienti.

Velice důležitým faktem je, že „soubor pracovních hypotéz musí zahrnout hypotézy o všech proměnných, které mohou mít významný vliv na závisle proměnnou a jsou přitom asociovány také s nezávisle proměnnou.“ (DISMAN, 2002, s. 58)

Výše uvedená závislost proměnných nesouvisí přímo s kauzálním charakterem závislosti (viz 4 Limity výzkumu).

Závisle proměnná – ve výzkumu je tato proměnná vysvětlována; je ovlivňována nezávisle proměnnou, jde do jisté míry o její účinek; v rámci statistického zpracování bývá označována jako Y.

Nezávisle proměnná – působí na závisle proměnnou (bývá označována jako příčina nebo jako vysvětlující proměnná); v rámci statistického zpracování bývá označována jako X.

1. Cíl výzkumu	zjistit (potvrdit/vyvrátit) existenci vztahu mezi informovaností pacienta a jeho spoluprací se zdravotníky	
2. Obecná hypotéza	čím více je pacient informován o své nemoci, tím je vyšší pravděpodobnost, že bude se zdravotníky spolupracovat	
3. Indikátory	informovanosti pacienta:	spolupráce pacienta se zdravotníky:
	frekvence vyhledávání informací o dané nemoci na internetu/ v odborné literatuře	dodržování předepsaného terapeutického režimu (diety, medikace apod.)
	dotazování se lékaře nebo sestry na otázky související s danou nemocí	ochota spolupráce
	odebírání relevantního časopisu (např. pro stomiky, diabetiky apod.)	aktivní a včasné objednávání se na pravidelné kontroly
	členství např. v organizaci nebo skupině sdružující pacienty s určitou diagnózou	včasné vyhledání lékařské pomoci
	schopnost popsat svou nemoc	
	schopnost detekce nových symptomů	
4. Pracovní hypotézy	pacienti, kteří vyhledávají informace o své nemoci na internetu nebo v odborné literatuře dodržují léčebný režim častěji než ostatní pacienti	
	pacienti, kteří dokáží určit nové příznaky své nemoci, vyhledají včasnou lékařskou pomoc častěji než ostatní pacienti	

Tab. 1 Shrnutí postupu tvorby hypotéz

Existují 4 hlavní důvody, proč je třeba v kvantitativním výzkumu tvořit pracovní hypotézy:

- pracovní hypotézy, nebo spíše jejich formulace, výzkumníkovi ukazuje, zda je výzkum vůbec možný – kvantitativně lze zkoumat problematiku, kterou lze definovat jako vztahy mezi proměnnými s validní operační definicí
- optimalizace redukce informací – pomocí pracovních hypotéz lze určit využitelnost jednotlivých proměnných
- na základě pracovních hypotéz lze vybrat vhodnou techniku výzkumu – protože pracovní hypotézy odhalují propojení mezi proměnnými, výzkumník může odhadnout typ analytických metod pro zpracování výsledků daného výzkumu

d) na základě pracovních hypotéz lze odhadnout rozsah a náročnost výzkumu

4. výběr populace a vzorku – viz 5 Výzkumný vzorek

5. pilotní studie

Jak již bylo uvedeno v 2. kapitole, pilotní studie ověřuje relevantnost výzkumného zájmu v určité populaci. Je prováděna pouze na malém výběru z dané populace.

Pro pilotní studii bývá využívána jiná technika než techniky v plánovaném vlastním výzkumu. Nejčastěji se jedná o nestandardizovaný rozhovor, tedy kvalitativní formu výzkumu. Důvodem je, že výzkumník potřebuje zjistit, zda v dané populaci získá požadované informace. Výsledky pilotní studie tedy potvrzují nebo naopak nepotvrzují, že respondenti, kteří tvoří danou populaci, mají potřebné znalosti, zkušenosti apod., tedy relevantní data.

Provedení pilotní studie přispívá ke zvýšení validity prováděného výzkumu.

V případech, kdy výzkumník dobře zná danou problematiku a populaci (např. je odborníkem v dané oblasti) lze tento krok vynechat.

6. výběr techniky sběru dat

Mezi základní techniky kvantitativního výzkumu patří:

a) pozorování

- přímé pozorování: výzkumník předem stanoví, jaká data pozorováním potřebuje získat; veškeré získané informace je nutné systematicky zaznamenávat např. do připraveného záznamového archu;

při přímém pozorování v kvantitativním výzkumu jsou sledovány jednotlivé indikátory jako např. četnost jevů (v chování, v provozu, účinků, výskytu apod.)

- standardizované pozorování: často využívá různé posuzovací škály, jejich využívání je problematické z hlediska reliability, tedy v případě, že se podmínky pozorování nezmění (především se jedná o pozorovaný subjekt), výsledky opakovaného pozorování by měly být totožné (DISMAN, 2002);

v kvantitativním výzkumu se také v souvislosti se standardizovaným pozorováním setkáváme s tzv. zúčastněným pozorováním, kdy výzkumník přebírá roli zapadající do daného sociálního prostředí tak, aby mohl pozorovat subjekty v jejich přirozených interakcích a aniž by pozorovaní věděli, že jsou cílem výzkumu (v takovém případě se naráží na problematiku etiky); v případě, kdy pozorovaní vědí, že jsou součástí nebo cílem výzkumu, je reálné nebezpečí, že mění své chování a tím získaná data (viz 4 Limity výzkumu)

Pozorování patří mezi personálně a technicky náročný způsob provádění výzkumu, protože vyžadují od výzkumníka dostatek časového prostoru a to jak pro jednotlivá pozorování, tak i pro zvládnutí celkového počtu pozorovaných subjektů, případně je třeba zajistit více pozorovatelů (což vyžaduje proškolení jednotlivých pozorovatelů z důvodu jednotnosti provádění pozorování)

b) rozhovor - v kvantitativním výzkumu jde o standardizovaný rozhovor, který má předem stanovené otázky; tazatel musí veškeré otázky přečíst respondentovi vždy v nezměněné podobě, tak aby byly podmínky pro odpověď u všech respondentů totožné; v případě, že respondent nějaké otázce nerozumí, tazatel nesmí podat žádné vysvětlení a do záznamového archu zapíše, že respondent otázce nerozuměl; rozeznáváme dvě formy rozhovoru:

- osobní (přímý kontakt tazatele a respondenta)

- telefonické interview

Rozhovor je také časově i technicky náročný způsob výzkumu, především z hlediska porovnání s dotazníkovou metodou. Nejvýznamnějším pozitivem rozhovorů je vysoké procento jejich úspěšného dokončení.

c) dotazník – lze jej přirovnat ke standardizovanému rozhovoru v papírové nebo internetové formě

Dotazník je efektivní metoda, protože není časově náročná, s minimálním personálním i finančním zatížením může pokrýt velký počet respondentů. Nevýhodou dotazníků je jejich nízká návratnost. Jako obecně akceptovatelná míra návratnosti dotazníků je zobrazena níže v tab. 2.

Počet oslovených respondentů	Minimální akceptovatelná míra návratnosti dotazníků v %
do 20	80
do 100	60
nad 100	50

Tab. 2 Akceptovatelná míra návratnosti dotazníků

Zdroj: FRANKLIN, McKINNON, 2001

d) analýza dokumentů – v případě kvantitativního výzkumu se jedná o standardizovanou formu, tzv. **obsahovou analýzu**

obsahová analýza je kvantitativní, objektivní analýza obsahu, formy, účelu sdělení nebo také jeho autora či adresáta sdělení;

výzkumník předem stanoví, jaké typy jednotek bude vyhledávat a získané informace následně přiřazuje k těmto definovaným znakům (např. rozsah – počet slov, délka trvání apod., téma, jména, atd.)

rozeznáváme dvě úrovně jednotek:

- záznamové – dané rozsahem, mírou, četností apod.

- kontextuální – dané kontextem dané jednotky, aby byl možný určit pravý význam tvrzení (z kontextuální jednotky výzkumník vychází při kategorizaci) (DISMAN, 2002)

Objektivita obsahové analýzy je podmíněna jednoznačností operační definice a pečlivou konstrukcí kategorií. Do těchto kategorií je přiřazován (kódován) obsah daného dokumentu. Termíny „kategorie“ a „kódování“ jsou blíže popsány v rámci kvalitativního výzkumu (viz 7.3 Analýza dat).

Za dokument může být považována celá řada předmětů, jako např. denní tisk, úřední nebo zdravotnické dokumenty, letáky, dopisy, nápisy apod.

Dokumenty se rozumí veškeré hmotné záznamy o činnosti osob, které prioritně nevznikly pro účely prováděného výzkumu.

7. organizační zabezpečení výzkumu zohledňuje několik oblastí:

- lokalizace provádění výzkumu

- časový harmonogram

- personální zabezpečení

- finanční, materiální nároky a způsob financování (JAHODOVÁ, 2013)

8. konstrukce nástrojů pro daný sběr dat – viz 6.2 Sběr dat

9. předvýzkum

Předvýzkum je prováděn na malém vzorku cílové populace (větším než v případě pilotní studie).

Cílem předvýzkumu je testování nástrojů, které má výzkumník v úmyslu použít.

V případě dotazníků jde především o ověření srozumitelnosti otázek.

Někteří výzkumníci tento krok přípravné fáze vynechávají nebo se spoléhají na názory např. svých kolegů. Je třeba si ale uvědomit, že např. kolegové nejsou součástí populace, ve které má být výzkum prováděn a navíc se u nich dá předpokládat obdobné myšlení a uvažování, jako u daného výzkumníka. Hrozí tedy, že pro kolegy, na rozdíl od vlastních respondentů, bude dotazník naprosto srozumitelný.

Literatura:

DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost. Příručka pro uživatele*. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0139-7.

FRANKLIN, Sarah, Susan McKINNON. *Relative Values: Reconfiguring Kinship Studies*. Durham: Duke University Press, 2001. ISBN 0-8223-2796-1.

NĚMCOVÁ, Jitka. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Text pro posluchače zdravotnických oborů. Plzeň: Maurea, 2013. ISBN 978-80-904955-5-5.

PUNCH, Keith, F. *Úspěšný návrh výzkumu*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-468-7.

6.2 Sběr dat

Po přípravné fázi (tedy po formulaci problému, hypotéz, výběru populace a vzorku, pilotní studii, výběru techniky sběru dat, konstrukci nástrojů pro sběr dat, předvýzkumem a potřebných kroků pro organizační zajištění výzkumu) následuje samotný sběr dat.

V této kapitole se budeme podrobněji zabývat základními metodami sběru dat, tedy standardizovaným pozorováním, standardizovaným rozhovorem, dotazníkem a kvantitativní analýzou dat.

Standardizované pozorování je jasně formalizované. Předem je definován cíl pozorování, přesná lokalizace, časový harmonogram, soubor objektů/subjektů pozorování, pozorované jevy a případně i jejich očekávané projevy.

Veškeré zjišťované informace je nutné zaznamenávat do připraveného záznamového archu, na kterém jsou rozpracovány pozorovací kategorie.

Pozorovací kategorie jsou veškeré konkrétní oblasti, na které je pozorování zacíleno, např. frekvence určitých jevů, jejich časová identifikace.

Při konstrukci záznamového archu je nutné zohlednit veškeré operacionalizované znaky v souvislosti s formulovanými hypotézami (viz 6.1 Přípravná fáze) (REICHEL, 2009)

Příklad sledovaných kategorií, které je třeba přehledně rozepsat do záznamového archu pro standardizované pozorování, aby pro výzkumníka bylo jednoduché se v něm rychle orientovat (z tohoto důvodu je vhodné, aby si každý výzkumník

vypracoval vlastní záznamový arch, který vyhovuje jeho požadavkům; je také vhodné před vlastním pozorováním provést předvýzkum a případně záznamový arch dle potřeby upravit):

a) Cíl standardizovaného pozorování – analýza práce se signalizačním zařízením na oddělení XY

b) Pozorované kategorie

1) četnost použití patientské signalizace během denní a noční služby

2) číslo pokoje (např. z důvodu testování hypotézy, že pacienti ležící na pokojích umístěných blíže k sesterně/pracovně sester apod. používají signalizační zařízení častěji než pacienti ležící ve vzdálenějších pokojích)

3) čas počátku signalizace

4) čas odpovědi (zjištění důvodu využití signalizace pacientem nebo počátek případné intervence apod.) ošetrovatelského personálu

5) důvod využití signalizace pacientem; zde je třeba mít předem definované oblasti, jako např.:

- potřeba toalety
- Žádost o pití
- bolest
- dokapání infúze
- potřeba podání nějakého předmětu
- potřeba změna polohy
- deficit informací
- jiné...

Tuto kategorii by bylo možné dále rozpracovat dle diagnóz/diagnostických jednotek nebo terapeutického výkonu apod.

V takovém případě je nutné mít připravený seznam diagnóz/diagnostických jednotek nebo terapeutických výkonů, jako např.

- diagnostické jednotky:

- zlomenina krčku stehenní kosti
- zlomenina jamky kyčelního kloubu
- zlomenina hlezenního kloubu
- zlomenina hlavice pažní kosti
- zlomenina obratle
- jiné...

- terapeutické výkony (zde je možné výzkum přímo zaměřit nebo rozšířit na určení indikace terapeutického výkonu, tedy pro jakou diagnózu/diagnostickou jednotku byl pacient přijat - opět by bylo třeba do záznamového archu rozepsat jednotlivé diagnózy/diagnostické jednotky):

- předoperační příprava při akutním příjmu pacienta
- předoperační příprava při plánovaném příjmu pacienta
- konzervativní léčba
- pooperační péče (např. rozdělena dle pooperačních dnů)
- jiné...

Při analýze dat je pak možné stanovit vztah mezi např. diagnostickou jednotkou a nejčastějším důvodem využití signalizačního zařízení apod.

6) četnost odpovědí na signalizaci dle profese zdravotnického pracovníka

- všeobecná sestra
- se středoškolským vzděláním

- s vyšší odbornou školou
- s vysokoškolským vzděláním
- zdravotnický asistent
- ošetřovatel/ka
- sanitář/ka
- jiné...

7) četnost potřeby intervence lékaře

- změna medikace
- podání informací
- jiné...

Rozhovor v kvantitativním výzkumu musí být standardizovaný, tedy vedený u všech respondentů stejně.

Rozhovor může probíhat osobním rozhovorem (tváří v tvář) tazatele a respondenta nebo formou telefonického interview.

Během rozhovoru tazatel zapisuje veškeré respondentovy odpovědi do předem připravovaného záznamového archu, který se dá připodobnit k dotazníku. Rozhovor tedy může probíhat jako výzkum pomocí dotazníku, který tazatel respondentovi „pouze“ zprostředkovává.

Dotazník patří nepopíratelně k nejrozšířenější metodě kvantitativního výzkumu.

Konstrukci dotazníku je třeba věnovat dostatek času a pozornosti.

Chybně vypracovaný dotazník může negativně ovlivnit získané informace a následně i výsledky výzkumu, které pak nemusí odpovídat stanoveným cílům.

Správně zkonstruovaný dotazník by měl splňovat tři hlavní požadavky:

1. účelově technické - otázky by měly být formulovány tak, aby respondent mohl co nejpřesněji odpovědět na to, co výzkumníka zajímá

2. psychologické – získat si respondentovu ochotu dotazník vyplnit; dotazník by měl u respondenta vzbuzovat dojem, že je jeho vyplnění snadné, příjemné a především smysluplné; formulace otázek v dotazníku by měly u respondenta vzbuzovat dojem bezpečí, tedy prostor pro pravdivé odpovědi

3. srozumitelnost - otázky by měly být formulovány tak, aby jim respondent rozuměl; veškeré instrukce k vyplňování by měly být formulovány stručně a jasně, aby respondenta zbytečně nezatěžovaly či nezdržovaly a aby bylo patrné, jak má při vyplňování postupovat

K tomu, aby byl respondent ochotný dotazník vyplnit a také aby dotazník byl pro respondenta srozumitelný, je třeba při konstrukci otázek, a obecně při tvorbě celého dotazníku, zohlednit následující aspekty:

a) celkový dojem dotazníku

Je žádoucí, aby dotazník působil na první pohled upraveně, protože tak může pozitivně ovlivnit respondenta (jeho ochotu dotazník vyplnit, věnovat vyplňování dotazníku dostatek času, udávat pravdivé odpovědi apod.)

Velice důležitá je první stránka. A to nejen její grafická úprava, ale jak již bylo uvedeno, především obsah úvodního textu.

Úvodní text má nejen „společenské“ důvody (oslovení respondentů, představení výzkumníka a vlastního výzkumu, poděkování apod.), ale měl by také:

- vzbudit zájem respondenta, vysvětlit cíl výzkumu a význam jeho odpovědí pro řešení praktického problému
- apelovat na spolupráci dotazovaného, zdůraznit smysl jím poskytnutých informací (výhodné je uvedení efektu či dopadu daného výzkumu na společnost, případně i osobní prospěch respondenta)
- přesvědčit/vysvětlit nutnost vyplnění celého dotazníku
- určit termín a způsob navrácení vyplněného dotazníku
- ujistit respondenta o zachování anonymity
- přiblížit čas potřebný k vyplnění dotazníku (doba potřebná pro vyplnění dotazníku by neměla přesáhnout 20 minut, vhodný počet otázek se pohybuje kolem rozmezí 25–50 otázek, ale vždy záleží na účelu a druhu výzkumu)

Příklad:

Vážená paní, vážený pane,
jmenuji se a studuji

V rámci své bakalářské práce provádím průzkum, jehož cílem je

Z tohoto důvodu bych Vás chtěl(a) požádat o vyplnění přiloženého dotazníku, které Vám zabere maximálně 15 minut.

Téma mě zaujalo, protože/Toto téma je velice aktuální, protože /Získání nových informací přináší podklady pro zlepšení ošetrovatelské péče....

Dotazníky jsou zcela anonymní a získané odpovědi budou využity čistě pro účely vypracování mé bakalářské práce.

Vyplněný dotazník, prosím, vložte do přiložené obálky a vhodte do krabice označené „výzkum“ u vchodu na oddělení.

Zpracované výsledky budou od července tohoto roku k dispozici pro respondenty na vyžádání na adrese@.....

Děkuji za Vaši ochotu a čas
Jméno a podpis výzkumníka

Tento úvodní text spolu s dalšími instrukcemi může v případě osobní roznášky dotazníků chybět, protože veškeré informace pak poskytuje respondentům sám výzkumník.

Při formulaci úvodních informací pro respondenty je výhodné (je-li to možné) zaštitit daný výzkum nějakou autoritou, jako např. institucí (samozřejmě s jejím souhlasem). V případě ošetrovatelství se může jednat o nemocnici, kde výzkumník pracuje; vysokou školu, kde výzkumník studuje apod.

b) formulace jednotlivých otázek

Otázky musejí být stručné a jasné, tak aby jejich zodpovězení nevyžadovalo např. několikanásobné přečtení. Dále je třeba při volbě slov a celkové formulaci otázek zohledňovat populaci, pro niž je daný dotazník určen, tedy např. pro laickou veřejnost nevyužívat odborné termíny apod. (viz 4 Limity výzkumu)

V dotazníku určeném pro odborníky v určité oblasti je naopak vhodné zařadit obecně užívanou odbornou terminologii. V každém případě by se měl výzkumník vyhnout zařazení zkratk do svých otázek. Výjimku samozřejmě tvoří plošně užívané a společností uznávané zkratky (např. míry, váhy, apod.)

c) druhy otázek

Rozeznáváme několik základních druhů otázek:

- **otevřené** - nepředkládáme respondentovi žádné varianty odpovědí, může se tedy vyjádřit zcela svobodně a svými slovy.

1) **volné** - respondentovi je ponechána při formulaci jeho odpovědi absolutní volnost

2) **asociační** - respondent má uvést slovo, které si uvědomí jako první při reakci na uvedený pojem

3) **projekční** - respondent dokončuje předloženou nedokončenou větu, povídku, příběh, obrázek (předložený obrázek znázorňuje dialog dvou postav, přičemž úkolem respondenta je doplnit reakci jedné z postav) či tematický námět (na základě předloženého obrázku respondent vymyslí příběh nebo popisuje, co se na obrázku děje, případně co by se mohlo stát)

Výhodou otevřených otázek je, že využívá respondentovy odpovědi k doplnění informací, které jsou relevantní ke zkoumané oblasti.

Naopak za nevýhodu lze do určité míry považovat určitou komplikaci v analýze dat, kdy tento druh otázek vyžaduje nejdříve kvalitativní analýzu (kódování) a následně pak analýzu kvantitativní (viz 6.3 Analýza dat)

Příklad:

Uveďte, jak si představujete, že by měl vypadat pracovní oděv všeobecné sestry:

.....
.....

- **uzavřené** – respondentovi předkládáme předem stanovené možnosti či varianty odpovědí na danou otázku, ze kterých si musí vybrat

Výhodou je zejména rychlé a snadné vyplnění otázky a také nasměrování respondenta na oblast zájmu výzkumníka.

Nevýhodou uzavřených otázek je, že nabízené možnosti nemusejí respondentovi vyhovovat a je pak nucen vybrat pouze takovou možnost, která nejvíce odpovídá jeho variantě. Dále umožňuje respondentovi vybrat si některou z nabízených možností odpovědí u otázek, kterým nerozumí nebo nezná odpověď.

Při **tvorbě uzavřených otázek** je nutné respektovat **2 pravidla**:

„1. Kategorie použité pro uzavřené otázky musí představovat soubor vyčerpávající všechny možné alternativy odpovědí.

2. Všechny kategorie se musí vzájemně vylučovat; nesmí být možné zařadit odpověď do více než do jedné z kategorií.“ (DISMAN, 2002)

Rozeznáváme několik typů uzavřených otázek, jako např.:

1) **dichotomické** (alternativní) - připouštějí pouze dvě možnosti (např. ano - ne, muž - žena, dobrý - špatný)

Příklad:

Byl(a) jste při příjmu seznámen(a) s provozním řádem oddělení? ANO - NE

2) **polytomické**

- výběrové - možnost výběru jen jedné varianty

Příklad:

Považujete ošetrovatelskou péči na oddělení XY za:

- a) nadprůměrnou
 - b) průměrnou
 - c) podprůměrnou
- výčtové - možnost výběru několika variant

Příklad:

Jaké sportovní aktivity provozujete? (lze označit více možností)

- a) běh
- b) lyžování
- c) jízdu na kolečkových bruslích
- d) plavání

- s uvedením pořadí variant - možnost diferenciací mezi variantami a určování jejich pořadí

Příklad: Který z dopadů hospitalizace na pacienta považujete za nejzávažnější? (seřadte od nejzávažnějšího k nejméně závažnému /označte jako ve škole:

1 – nejlehčí dopad - 5 nejzávažnější dopad)

sociální izolace pacienta – finanční zátěž – omezení volného pohybu – podrobení se terapeutickým výkonům – informační deficit

- **polouzavřené** (kompromisní) - využívá se v případě, kdy nelze obsáhnout nabízenými kategoriemi možnosti odpovědí; jedná se o připojení kategorie „jiné“ (kde respondent doplňuje informace) mezi výčet alternativ odpovědí

Příklad: Jakým způsobem získáváte informace o své nemoci?

- a) informace nevyhledávám
- b) z internetu
- c) z odborné literatury
- d) od lékaře/ sestry
- e) jinak (vypište)

- **filtrační** – podle odpovědi rozdělují respondenty na dvě skupiny, jedna skupina pokračuje následující otázkou, druhá skupina např. již v dotazníku nepokračuje nebo pokračuje otázkou č. xy

Příklad: Prodělal(a) jste během svého života operační zákrok v celkové anestezii? ANO – NE (další otázka je určena pouze pro respondenty, kteří odpověděli ANO)

- **škály** - využíváme je pro měření názorů a postojů; škály nezjišťují, zda pouze daný jev nastal či ne, ale i stupeň hodnocení respondentova vnímání tohoto jevu
Hodnocení respondenta se provádí pomocí škály, které rozeznáváme:

- 1) **verbální** (slovně vyjádřené: velice spokojen(a) – spokojen(a) – nevím/nemohu posoudit – nespokojen(a) – velice nespokojen(a)
- 2) **číselné** (známkování jako ve škole: 1 – nejlepší, 5 – nejhorší)
- 3) **grafické** (např. „obličejíčky“, vizuální analogová škála bolesti)

Každý výzkumník si musí předem vyjasnit, zda bude používat sudý počet nabízených možností, které nutí respondenta zaujmout nějaký postoj. Lichý počet umožňuje respondentovi odpovědět „nevím“/“nemohu posoudit“ apod.

d) manipulace s dotazníkem

V této oblasti je třeba dbát především na komfort respondenta, tedy snažit se, aby veškerá manipulace s dotazníkem byla co nejjednodušší. Proto nelze podcenit např. kvalitu papíru - papír by měl být přiměřeně silný, aby otáčení listů nečinilo respondentovi potíže; dále je nutné se zaměřit na čitelnost písma. Vhodnými druhy písma je např. Times New Roman nebo Arial ve velikosti 12 až 14. V neposlední řadě by výzkumník měl zvážit i formát dotazníku. Klasický formát A4 představuje patrně nejužívanější velikost, na kterou je naprostá většina respondentů (lidí obecně) zvyklá.

Dalším důležitým aspektem je návratnost dotazníků (viz 6.1 Přípravná fáze)

Osobní dodání dotazníku respondentovi a jeho následné vyzvednutí vede obvykle k vysokému procentu návratnosti. Posíláme-li dotazník poštou, je třeba vždy připojit ofrankovanou obálku s nadepsanou adresou (kam má být dotazník doručen) a stručné instrukce, jak s daným dotazníkem po jeho vyplnění naložit.

V současné době je hojně využíváno rozesílání dotazníků elektronicky. Tato metoda má svá pozitiva, především možnost rozeslání vysokého počtu dotazníků ve velice krátkém čase a za minimální náklady. Na druhou stranu je ale nutné počítat s nižší návratností.

V doprovodném emailu je vhodné popsat způsob vyplňování a celkové manipulace s elektronickým dotazníkem – např. nutnost nejdříve uložit dotazník na disk nebo naopak zda má být vyplňován přímo po jeho otevření (on-line), zda je možné se v dotazníku vracet k předešlým položkám (otázkám), dále je třeba uvést adresu, kam má být vyplněný dotazník odeslán atd.

V dotazníku je nutné vždy jasně vysvětlit, jakým způsobem má být vyplněn. V některých případech se můžeme setkat s tím, že kromě dotazníku – vlastních otázek respondent obdrží také záznamový arch, do kterého zapisuje své odpovědi (arch s vlastními otázkami zůstává čistý). Častější formou je přímé vpisování odpovědí přímo k otázkám nebo označování vhodné odpovědi křížkem/zakroužkováním apod.

Respondent by měl také dostat jasné informace, jakým způsobem má označit správnou odpověď. Před každým různým typem otázek/způsobu odpovědi je třeba jasně respondentovi vysvětlit, jakým způsobem má dané otázky zpracovat, tedy určit způsob vyplnění dotazníku - zda kroužkovat čísla kódů, křížkovat prázdné čtverečky nebo podtrhávat či škrtnat nevyhovující možnosti apod.

S oblastí manipulace s dotazníkem souvisí i pořadí, v jakém jednotlivé položky (otázky) poskládáme. Na začátku by měly být zařazeny otázky vzbuzující zájem respondenta, ale takové, u kterých není třeba většího soustředění. Uprostřed by měly být tzv. **meritorní otázky** tedy takové, které zkoumají podstatu věci a které bezprostředně souvisejí s problémem výzkumu. Tyto otázky vyžadují soustředění respondenta.

Nakonec bývají řazeny otázky méně závažné, nevyžadující větší soustředění.

Analýza dokumentů je kvantitativní metoda, při které je nutné mít předem definované kvantitativní jednotky, ve kterých bude sdělení měřeno.

Rozeznáváme dvě úrovně jednotek:

- **záznamové jednotky** – měří rozsah, má úzké zaměření
- **kontextuální jednotky** – vychází z nich kategorizace, má širší zaměření

Kvantitativní analýzu dokumentů je možné částečně připodobnit k logice standardizovaného pozorování, kde jsou v záznamovém archu předem definované jednotky a kategorie, které jsou pro výzkumníka relevantní.

Samotná analytická činnost pak spočívá nejen ve statistickém zpracování získaných dat, ale také k potvrzení či vyvrácení předpokládaných vazeb a vztahů.

Literatura:

BÁRLOVÁ, Sylva, Petr SADÍLEK a Valérie TÓTHOVÁ. Výzkum a ošetřovatelství. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2009. ISBN 978-80-7013-467-2.

DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost. Příručka pro uživatele*. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0139-7.

REICHEL, Jiří. Kapitoly metodologie sociálních výzkumů. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 80-247-3006-5.

6.3 Analýza dat

Cílem této kapitoly je seznámení s vybranými pojmy a metodami, které jsou používány v analýze dat v rámci kvantitativního výzkumu.

Analýzu rozumíme rozbor dat a jejich syntézu. Jejím úkolem je redukce, organizace, syntéza a sumarizace informací, aby bylo možné přisoudit získaným výsledkům význam.

Analýza dat v kvantitativním výzkumu slouží k vyvrácení nebo potvrzení výzkumníkových hypotéz a to především pomocí statické analýzy.

Rozlišujeme statistiku:

- popisnou (deskriptivní) - zobrazuje a sumarizuje data, mezi charakteristiky deskriptivní statistiky patří např. střední hodnota nebo rozdělení četností
- inferenční (induktivní) - zobecňuje výsledky z výběrového vzorku na populaci

Proměnná se v rámci statistické analýzy označuje jako statistický znak, jinak řečeno statistické znaky jsou popisované vlastnosti jednotek statistického souboru.

V závislosti na počtu znaků, které se analyzují, rozdělujeme analýzu:

- jednorozměrnou – sleduje se jeden znak
- dvourozměrnou – sledují se dva znaky
- vícerozměrnou – sleduje se více znaků

Statistický znak může být (základní dělení):

- kvantitativní – vyjádřen číselně (např. věk, výška, hmotnost apod.)
 - a) spojitý – libovolná reálná čísla (hmotnost, výška, skóre apod.)
 - b) diskrétní (nespojitý) – veličiny (číselné hodnoty; např. počet dětí, počet let praxe apod.)
- kvalitativní – vyjádřen nenumerycky (např. pohlaví, zkušenost s prodělaným onemocněním, zaměstnání apod.)
 - a) alternativní – jsou možné pouze dvě varianty (např. muž nebo žena)
 - b) množný – je možné více variant (např. léčba: medikamentózní, chirurgická, režimová opatření)

Mezi statistické metody, se kterými se v rámci výzkumu v ošetrovatelství setkáváme, patří:

1) Statistické třídění a organizace dat, které umožňuje zpřehlednění získaných dat a jejich uspořádání pomocí např.:

- třídění slovních znaků podle určitých kritérií (podle abecedy, podle četnosti výskytu apod.)
- třídění číselných znaků - převod dat např. do tabulek (tabulky neboli matice dat, se nejčastěji vytváří pomocí počítačových programů, jako je např. MS Excel; základní podoba matice dat se skládá ze sloupců – pro jednotlivé statistické znaky a řádků – pro jednotlivé případy neboli statistické jednotky)

K třídění a organizaci dat lze využít např.:

a) tabulky rozdělení četností

- číselný znak má určitou hodnotu (obecně k), ke každé hodnotě je přiřazen počet výskytu (četnost)

b) četnost lze vyjádřit jako **absolutní** (počtem výskytu) či **relativní** (často v %)

Vzorec pro výpočet **relativní četnosti**:

$$f_i = n_i / n$$

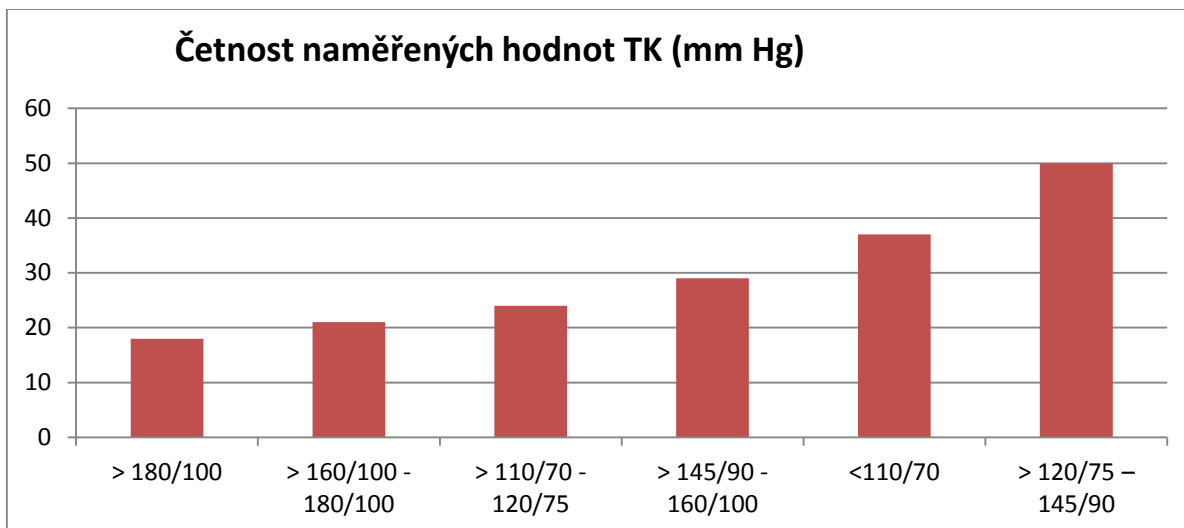
Četnost naměřených hodnot TK			
Pacient	Hodnoty TK (mm Hg)	Absolutní četnost (n_i)	Relativní četnost (f_i) vyjádřená v %
1.	> 180/100	18	10,1
2.	> 160/100 - 180/100	21	11,7
3.	> 110/70 - 120/75	24	13,4
4.	> 145/90 - 160/100	29	16,2
5.	<110/70	37	20,7
6.	> 120/75 – 145/90	50	27,9
Součet (n)	X	179	100,0

Obr. 1 Příklad jednorozměrného rozdělení četností (frekvenční rozdělení)

Zdroj: Autor

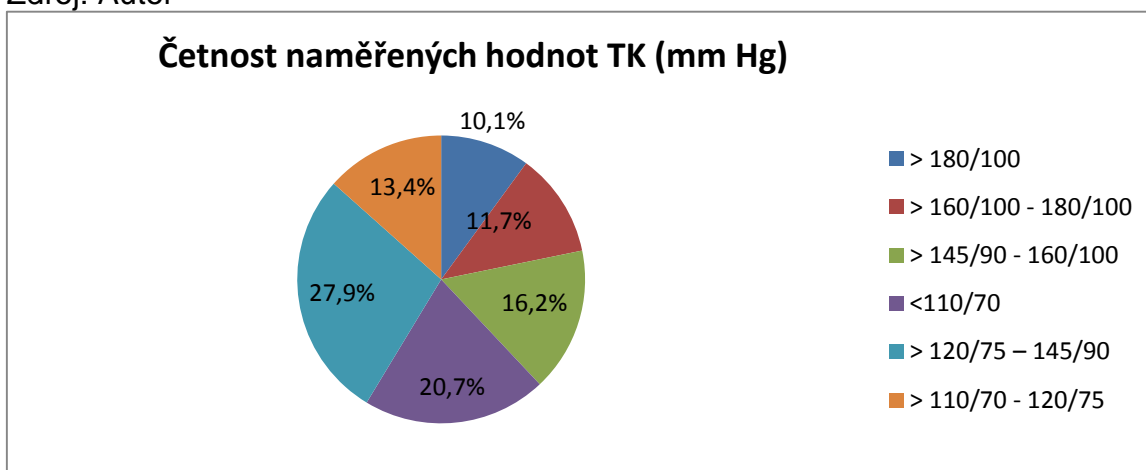
c) grafické znázornění – pomocí grafů a diagramů lze znázornit:

- rozdělení četností
- sloupcový graf/diagram (viz obr. 2 Příklad sloupcového diagramu)
- pruhový
- výšečový graf (viz obr. 3 Příklad výšečového grafu)
- znázornění vývoje
- spojnicový graf (viz obr. 4 Příklad spojnicového grafu)
- znázornění umístění, rozptylu
- XY bodový (viz obr. 5 Příklad XY bodového grafu)



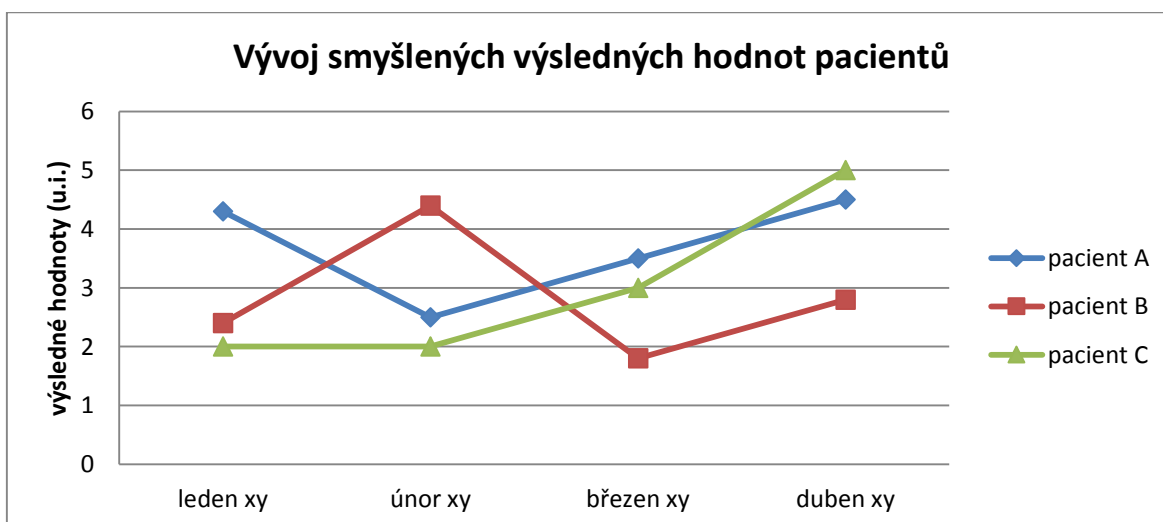
Obr. 2 Příklad sloupcového diagramu

Zdroj: Autor



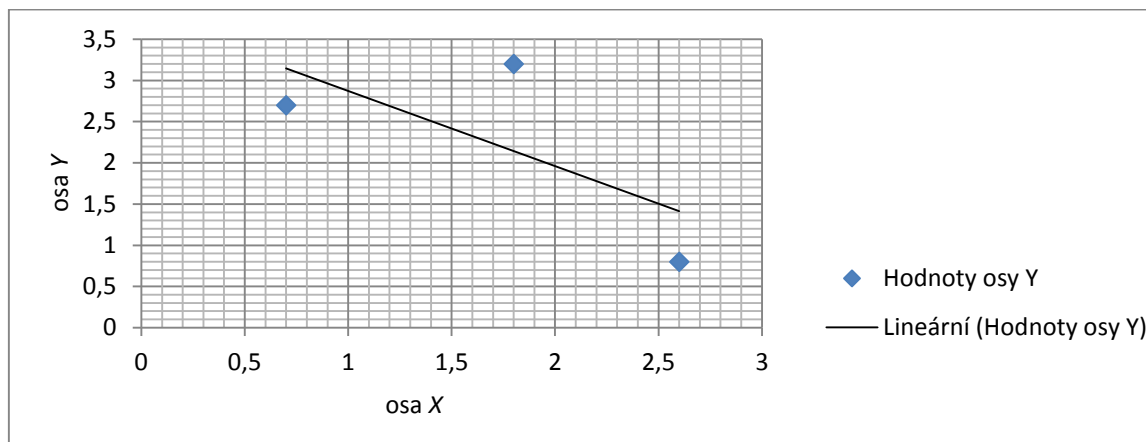
Obr. 3 Příklad výsečového grafu

Zdroj: Autor



Obr. 4 Příklad spojnicového grafu

Zdroj: Autor



Obr. 5 Příklad XY bodového grafu

Zdroj: Autor

d) míry polohy patří mezi základní popisné charakteristiky a jedná se o:

- maximum – nejvyšší hodnota
- minimum – nejnižší hodnota
- modus – hodnota, která se nejčastěji vyskytuje
- medián – hodnota nacházející se uprostřed pořadí
- aritmetický průměr – součet pozorovaných hodnot dělený jejich počtem

e) míry rozptýlenosti vypovídají o vyrovnanosti jednotek souboru, jak jsou hodnoty souboru rozptýleny a také jak je jednotlivé hodnoty znaku od sebe liší.

- variační řada – seřazení dat podle velikosti
- variační rozpětí (R) – jde o rozdíl maximální a minimální hodnoty sledovaného znaku; nevýhodou variačního rozpětí je, že výsledek může být zkreslen, jsou-li v daném souboru odlehle hodnoty

Vzorec pro výpočet **variačního rozpětí**:

$$R = x_{max} - x_{min}$$

V souvislosti s mírou variability je třeba zmínit pojem **percentil**, se kterým se v odborné zdravotnické literatuře můžeme setkat (např. v grafech znázorňujících tělesný růst dětí apod.) Jedná se kvantil (hodnota variační řady, pod níž se nachází definované množství dat) s procentuálním vyjádřením. Jde o umístění daného znaku vůči ostatním na stupnici do 100.

- **rozptyl** (variance) – vyjadřuje odchýlení hodnot určitého souboru od svého průměru; jde o průměr druhých mocnin odchylek od průměru

- **směrodatná odchylka** (SD) – je druhá odmocnina rozptylu; jde o odhad rozmístění hodnot

- **variační koeficient** – srovnává variabilitu dvou či více souborů nezávisle na jednotkách měření; jde o procentuálně vyjádřený poměr směrodatné odchylky k aritmetickému průměru, jinak řečeno vyjadřuje jaké % aritmetického průměru je

tvořeno směrodatnou odchylkou (čím vyšší variační koeficient, tím „hůře“ aritmetický průměr zastupuje data souboru)

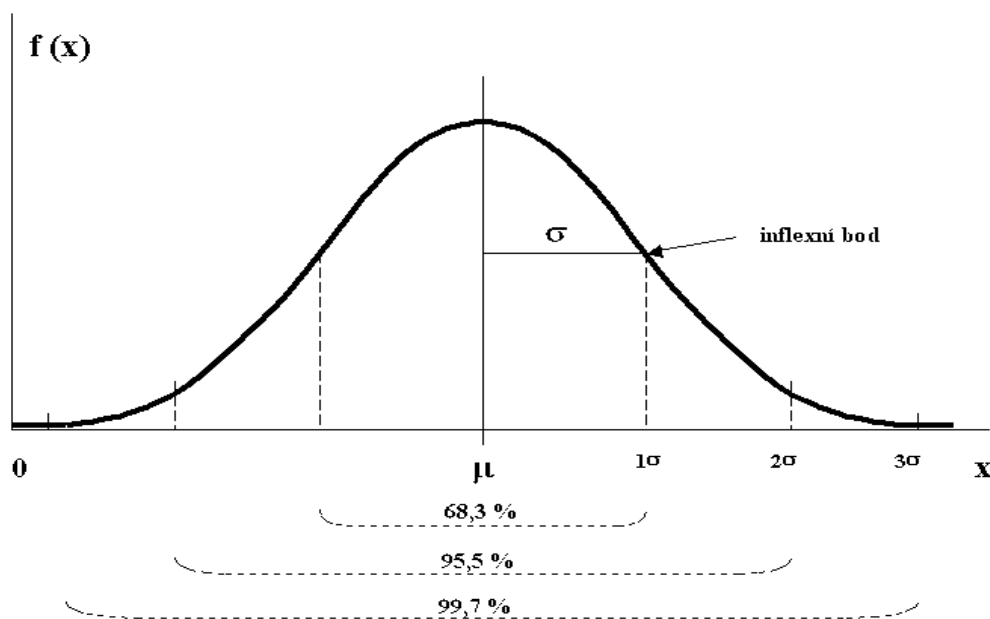
Při analýze rozložení výsledků a popisu náhodných veličin se pracuje také s tzv. hustotou normálního rozdělení (základním rozdělením pravděpodobností náhodných veličin), které je charakterizováno **Gaussovou křivkou**, která je také označována jako zvonová křivka.

Tvar Gaussovy křivky určuje:

- střední hodnota (m) – určuje polohu maximální četnosti výskytu veličiny
- směrodatná odchylka (s) – určuje tvar (šíři) křivky

Gaussovo normální rozdělení (m , s):

- v rozmezí hodnot $m \pm 1s$ se vyskytuje 68,3 % všech jedinců populace
- v rozmezí hodnot $m \pm 2s$ se vyskytuje 95,5 % všech jedinců populace
- v rozmezí hodnot $m \pm 3s$ se vyskytuje 99,7 % všech jedinců populace
- zbylé 0,3 % hodnot (na koncích osy x) jsou ze statistického hlediska považovány za odlehle hodnoty a pro další analýzu jsou vyřazeny



Obr. 6 Gaussova křivka; Legenda: $f(x)$ - četnost výskytu sledované veličiny; X - charakteristická hodnota sledované veličiny; m - střední hodnota, parametr polohy; s - směrodatná odchylka charakteristické hodnoty sledované veličiny, parametr rozptýlení; *inflexní bod* – bod obratu křivky, je dán umístěním směrodatné odchylky
Zdroj: VFU Brno, rok neuveden

2) Analýza závislosti

a) korelační analýza – zkoumá vztahy proměnných; korelační analýza se nezabývá kauzalitou vztahů

- Pearsonův korelační koeficient (r) – určuje míru lineární závislosti mezi dvěma spojitými proměnnými X a Y

Vzorec pro výpočet Pearsonova korelačního koeficientu:

$$r = \frac{1}{n-1} \sum \frac{x - \bar{x}}{s_x} * \frac{y - \bar{y}}{s_y}$$

Legenda: s_x – směrodatná odchylka veličiny x ; s_y - směrodatná odchylka veličiny y ; \bar{x} - průměr znaků x ; \bar{y} - průměr znaků y

Korelační koeficient r nabývá hodnot $[-1; 1]$, tento vztah je možné také popsat jako $-1 < r < 1$.

Hodnocení korelačního koeficientu:

1 = přímá závislost; pozitivní korelace; vzrůstající hodnota X i Y ; hodnotu Y lze stanovit na základě znalosti hodnoty X

0 = naprostá nezávislost; neexistuje statisticky zjiřitelná lineární závislost (fakticky mohou na sobě ale veličiny záviset); hodnotu Y nelze odhadnout na základě znalosti hodnot X

-1 = negativní korelace; nepřímá závislost; když hodnota X vzrůstá, tak hodnota Y klesá; hodnotu Y lze stanovit na základě znalosti hodnoty X (DISMAN, 2002)

- Spearmanův koeficient pořadové korelace (ρ nebo r_s) – měří sílu vztahu mezi X a Y ; výhodou této analýzy je, že zachycuje lineární vztahy a je rezistentní vůči odlehlym hodnotám; pro výpočet se užívá Pearsonův koeficient, ale místo původních hodnot se používají jejich pořadová čísla

b) regresní analýza – zkoumá vztahy mezi závisle proměnnou (Y) a nezávisle proměnnou (X)

3) Analýza kategoriálních dat – kategoriální data lze zachycovat do dvou a více rozměrných tabulek četností či relativních četností; klasifikace kategorií vždy odpovídá daným proměnným (závisle či nezávisle proměnné);

a) χ^2 (chí kvadrát) test dobré shody - používá se k zjištění, zda data odpovídají předpokládanému rozdělení nebo rozdílu mezi pozorovanými a očekávanými četnostmi;

- pro χ^2 je nutné mít stanovenou tzv. nulovou hypotézu (H_0), tedy testovanou hypotézu, která se zabývá vztahem znaků (př. znak 1 a 2 jsou nezávislé);

- test dobré shody testuje nulovou hypotézu (H_0) vůči alternativní (H_1)

b) závislost kategoriálních proměnných – provádí se pomocí statistické analýzy četnostních tabulek, které zpřehledňují vztahy více statistických znaků

- kontingenční tabulky – tabulky vzniklé tříděním podle proměnných (každá jednotka statistického souboru může být klasifikována podle dvou kritérií – A, které mají r úrovní a B, které mají s úrovní; tento typ kontingenční tabulky je označován jako

$r \times s$), viz obr 4 Příklad kontingenční tabulky; rozeznáváme různé druhy kontingenčních tabulek, kromě obecných $r \times s$, dále např. čtyřpolní tabulku (typ 2×2)

Úrovně	B_1	B_2	...	B_s	Součty řádkové
--------	-------	-------	-----	-------	----------------

A_1	n_{11}	n_{12}	...	n_{1s}	$n_{1.}$
A_2	n_{21}	n_{22}	...	n_{2s}	$n_{2.}$
.
.
.
A_r	n_{r1}	n_{r2}	...	n_{rs}	$n_{r.}$
Součty sloupcové	$n_{.1}$	$n_{.2}$...	$n_{.s}$	n

Obr. 7 Příklad kontingenční tabulky

Zdroj: HENDL, 2012, s. 321

Literatura:

BÁRLOVÁ, Sylva, SADÍLEK Petr a Valérie TÓTHOVÁ. *Výzkum a ošetřovatelství*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2009. ISBN 978-80-7013-467-2.

DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost. Příručka pro uživatele*. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0139-7.

Gaussova křivka. In: *VFU Brno* [online]. © *Veterinární a farmaceutická univerzita Brno*, rok neuveden. [vid. 28. 10. 2013]. Dostupné z: <http://cit.vfu.cz/stat/FVL/Teorie/Predn2/rozdelZS.htm>

HENDL, Jan. *Přehled statistických metod: analýza a metaanalýza dat*. 4. rozšířené vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0200-4.

6.4 Interpretace

Interpretaci jako takovou, tedy i výsledků kvalitativního výzkumu, lze chápat jednak jako způsob vyložení si či vlastního pochopení předloženého textu nebo také jako způsob podání, vyjádření případně popisu provedeného výzkumu.

Důvodem výzkumů bývá objasnění nebo prohloubení znalostí o určité problematice. Proto je žádoucí, aby výsledky prováděných výzkumů byly publikovány a získané informace se tak mohly šířit mezi odbornou (v některých případech i laickou) veřejností. Šíření získaných výzkumných výsledků a informací je označováno jako **diseminace**.

Jak již bylo uvedeno v předchozích kapitolách, kvantitativní výzkum pracuje s hypotézami, a to ve smyslu jejich potvrzení nebo vyvracení. Z hlediska diseminace výsledků je třeba, aby byly popisovány a šířeny i výsledky výzkumů, které nepotvrzují výzkumníkovy hypotézy a které mohou být výzkumníkem mylně považovány za špatné. I např. negativní výsledky nebo nepředpokládané výsledky výzkumu, který byl správně metodologicky proveden, mají svou výpovědní hodnotu, a tudíž slouží jako zdroj informací (např. mohou zamezit opakování chybných postupů apod.).

V ošetřovatelství je možné výsledky výzkumu šířit:

- v rámci interních (organizačních) seminářů
- v rámci interních tiskovin/intranetu
- na odborných seminářích, školeních
- na odborných konferencích (oblastních, národních, mezinárodních)
- v odborných časopisech

- ve sbornících
- v knižních publikacích

Forma šíření výsledků může např. být:

- časopisecký článek – tištěný, online
- přednáška - na semináři, školení, konferenci apod.
- písemný příspěvek - v tištěném, online, CD sborníku
- poster
- kapitola v knize
- monografie

V současné době patří v oblasti medicíny, ošetřovatelství, psychologie, behaviorálních věd apod. mezi preferované struktury vědeckých textů tzv. struktura IMRAD.

Jedná se akronym prvních písmen anglických názvů jednotlivých částí textu:

- **I**ntroduction - úvod
- **M**ethods – metody, materiály
- **R**esults - výsledky
- **A**(nd) - a
- **D**iscussion diskuze

V posledních letech je tato struktura ještě doplňována o název (**T**itle) a abstrakt (**A**bstract), protože tyto části jsou neméně důležité. Celá zkratka má pak podobu TAIMRAD. (ŠPÁLA, 2008)

Title – název článku by měl být stručný, jasný a výstižný. Je vhodné, aby výrazy použité v názvu textu byly pro širokou (i když odbornou) veřejnost srozumitelné.

Abstract – abstrakt je velice důležitou součástí prezentace daného výzkumu mezi odborníky. Není výjimkou, že některé odborné časopisy publikují „pouze“ abstrakty. Na základě abstraktů jsou také na různé odborné akce (např. konference) jednotlivé příspěvky přijímány, případně odmítány.

Z těchto důvodů by měl autor věnovat psaní abstraktu náležitou pozornost.

I když je abstrakt umístěn do popředí celého textu nebo stojí zcela samostatně, tvoří se až na závěr. Důvodem je, že by měl vystihovat podstatu celého textu, měl by tedy popisovat, co a jak bylo provedeno, jaké jsou závěry a jaké mají tyto závěry v dané oblasti dopady.

Abstrakt musí obsahovat pouze informace, které jsou v primárním textu. Jde vlastně o jakýsi výtah nebo obsah celého textu.

Rozsah abstraktu se pohybuje kolem 150–350 slov, ale vždy je nutné se držet instrukcí jednotlivých redakcí či pořadatelů konferencí apod., které specifikují své požadavky na formu a rozsah příspěvků.

Součástí abstraktu jsou také klíčová slova, tedy důležitá a charakteristická slova nebo slovní spojení, která vystihují popisovanou oblast.

Introduction – úvod by měl čtenáře nejen zaujmout tak, aby pokračoval v četbě celého textu, ale především by měl seznamovat s popisovanou problematikou a důvody či motivací autora k sepsání daného textu. V neposlední řadě by zde měl být uveden účel a přínos popisovaného výzkumu.

Methods – metody, v této části textu je v první řadě popsán druh a forma výzkumu. Je zde popisována populace, tvorba a velikost výzkumného vzorku, případně specifika výzkumného vzorku či přímo respondentů/účastníků výzkumu.

Dále autor výzkumu seznamuje s použitou metodou šetření, délkou trvání výzkumu, místem realizace a v poslední řadě se způsobem analýzy dat.

Results – výsledky; při popisu výsledků kvantitativního výzkumu jsou hojně využívány tabulky a grafy. Při jejich tvorbě a popisu je třeba dodržovat některá pravidla, mezi která např. patří:

- názvy tabulek a grafů korespondují s jejich obsahem
- popis tabulek a grafů by měl být výstižný bez dalšího vysvětlujícího textu (je-li to možné)
- označení tabulek a grafů je umístěno nad nimi
- tabulky a grafy jsou číslovány

Discussion – diskuze je část, kde jsou srovnávány závěry popisovaného výzkumu s obecně přijatými názory nebo teorií pospanou v odborné literatuře o dané problematice či jinými porovnatelnými výzkumy.

V úvodu diskuze by měly být shrnuty výsledky výzkumu (obecné) a jejich propojení se stanoveným cílem práce.

V této části je také možné konfrontovat výzkumníkovy předpoklady o svých závěrech s reálnými výsledky.

Velice důležitým prvkem diskuze je také popis možného využití daného výzkumu či jeho dopad na praxi.

Dále je v této části vhodné uvést případný možný navazující nebo doplňující výzkum, či stanovení nových relevantních hypotéz. (HUŠÁK, 2007)

Mnoho, především začínajících, výzkumníků – autorů své práce nepublikuje a to z důvodu, že nepovažují za přínosné své závěry šířit mezi zainteresovanou veřejností a také z důvodu obavy z odmítnutí příspěvku např. redakcí časopisu.

Je nutné si proto uvědomit, že, jak již bylo uvedeno, je třeba sdílet veškeré informace především pro dobro pacientů a předcházení možných chyb personálu, ale také, že odmítnutí příspěvku není neobvyklé.

Mezi možné důvody odmítnutí otištění článku nebo zařazení do příspěvku do sborníku:

- nejasně formulovaný výzkumný problém
- nesprávně formulována hypotéza
- nejasný popis přínosu dané výzkumu
- nevhodné metody výzkumu
- nejasné či nedostatečně popsané výsledky
- nejasné či nedostatečně analyzované výsledky
- gramatické a stylistické chyby
- text neodpovídá zadaným požadavkům

Jak již bylo uvedeno, mezi formy prezentace výsledků výzkumu se řadí i **poster**.

Posterem zprostředkováváme odborné sdělení (např. výsledků výzkumu) pomocí tištěných tabulí/plakátů či jiných forem dokumentů, dle zadání a požadavků pořadatelů dané odborné akce.

Nejčastější formou posteru je plakát o rozměrech většinou A0 (84,1 x 118,9 cm). Velikost a způsob zavěšení posterů se řídí instrukcemi pořadatelů.

Během konferencí, na kterých probíhá tzv. Poster session, mají účastníci dané akce možnost přímé diskuze s autorem posteru, který odpovídá na jejich dotazy, může komentovat, doplňovat, vysvětlovat apod. Diskuse bývají (na rozdíl od diskuze v rámci přednášek) konkrétnější a časově daleko méně ohraničené.

Vzhledem k tomu, že na odborných akcích může být vysoký počet posterů (např. v řádu desítek), je jedním z jeho hlavních účelů zaujmout. Proto je kladem velký důraz na celkový dojem daného posteru.

To znamená, že by autor měl věnovat pozornost nejen obsahu sdělení, ale i jeho formě, tedy grafickému zpracování.

Důležitou úlohu má barevnost, která by měla nejen přilákat pozornost, ale zároveň podtrhovat důvěryhodnost a důležitost sdělení. Při volbě barev (jak pozadí, tak i písma) je nutné brát v úvahu čitelnost.

S čitelností souvisí i tvar (druh) písma a jeho velikost.

Název posteru by měl být čitelný ze vzdálenosti 5 – 10 m, což odpovídá velikosti fontu v bodech 70 – 80. Vzdálenost pro dobrou čitelnost dalšího textu odpovídá přibližně 2 m a velikosti písma 16 – 18 bodů. (ŘÍHA, STRÍŽ, 2006)

Obsah posteru obvykle má následující strukturu:

- Heading – nadpis (obsahuje místo prezentace posteru, název prezentované práce, jméno(a) autora(ů), název pracoviště; v rámci mezinárodních konferencí je běžnou praxí začlenění fotografie prezentujícího autora)
- Objectives - cíl výzkumu
- Introduction - úvod
- Questions, hypothesis – výzkumné otázky a hypotézy (lze popsat v části „cíle výzkumu“)
- Methods – metody, materiály (tuto část je vhodné popsat v bodech, případně použít schémata apod.)
- Results – výsledky (upřednostňují se grafická znázornění před tabulkami)
- Conclusions – shrnutí
- References – použité zdroje (ŘÍHA, STRÍŽ, 2006)

V souvislosti s interpretací výzkumu je nutné také zmínit **publikační etiku**, která úzce souvisí s etikou ve výzkumu (viz 2 Etika ve výzkumu).

Mezi základní etická pravidla především patří originalita, tedy veškeré popsané výsledky výzkumu jsou původní (nejde o plagiát) a u převzatých informací jsou řádně citovány použité informační zdroje.

„Praktické desatero (více méně) úspěšného autora:

I. Piš, až když jsi přesvědčen, že tvé sdělení přinese čtoucím něco skutečně nového. Publikuj hlavně, abys komunikoval a nejen, abys byl (hlavně) citován. To je také základem skutečného autorství (intelektuálního podílu na vzniku díla). (Spolu)autorství si nevynucuj, nedej si ho ani upřít. Autorství také nelze nikomu darovat (gifted autorship).

II. Bedlivě zvaž, o čem, komu a kde něco sděluješ, a podle toho vol styl a argumenty. I to rozhoduje a odezvě (dopadu, impaktu) tvého článku (včetně např. citačních ohlasů).

III. Máš-li stanovený termín odevzdání rukopisu, rozvrhni si práci tak, abys měl čas text ještě alespoň dvakrát přečíst a přepsat (rewrite, reread). V definitivně odesílaném rukopisu by neměly být chyby (gramatické ani překlepy) a měl by mít všechny (redakcí či editorem) vyznačené náležitosti.

IV. Necituj ve své práci dokument, který si neměl v ruce v jeho původní úplné podobě, a znáš ho jen např. podle databázového abstraktu. Je to první krůček k podvodu (viz IX).

V. Nedomnívej se, že ty sám víš vše nejlépe a dej svůj rukopis posoudit přátelům a protivníkům. A pokud se sám staneš posuzovatelem (recenzentem, peerreviewer), tvou rolí je autorovi napomoci zdokonalit jeho rukopis a ne ho odsoudit, nebo i za každou cenu zničit. Uvědom si rovněž, že chceš-li někde publikovat, musíš přijmout a respektovat podmínky, které ti redaktor nebo vydavatel stanoví. Na druhé straně musíš zase vědět, co ty jako autor máš právo od redakce nebo vydavatelství požadovat a z čeho bys neměl slevit.

VI. Uvědom si, že publikační činnost patří svým způsobem k tvé profesi (nezapomínej na tvrdé a uplatňované pravidlo „publish or perish“, ale měj na mysli i zásadu „publico ergo sum“). Podle toho si proto osvoj příslušné dovednosti i znalosti (publikační gramotnost, good publication practices, science writing).

VII. Dostaneš-li nápad nebo čteš-li zajímavý text, nezapomeň si jednak bezodkladně (!) o tom učinit záznam (proto měj tužku a papír vždy a všude po ruce) a jednak si poznámku co nejdříve ulož tak, abys ji v případě potřeby opět pokud možno bez obtíží a rychle našel (účinné znovu vyhledávání – retrieval – je základem úspěchu, a to ve všem!).

VIII. Nezapomeň, že zdrojem tvých myšlenek jsou (ve většině případů) tebou přečtené články a knihy a proto často a hodně čti a studuj, jakož i pravidelně sleduj novou literaturu (pravidelně navštěvuj reálné či virtuální knihovny a s železnou pravidelností sleduj referátové zdroje).

IX. Neodkládej morálku ani při psaní (etika publikování). Respektuj duševní vlastnictví jiných a chraň to svoje. Varuj se falšování nebo dokonce vymýšlení (fabrikace) výsledků, vyhýbej se plagiátorství. Publikační podvody bývají odhaleny (duplicitní publikace, retracted paper).

X. Uchovávej pečlivě své rukopisy i vytištěné články (třeba jen v obyčejné škatuli od bot) a veď si důkladně a pečlivě jejich evidenci. Nespoléhej se, že ti někdo vyjítí tvého článku ohlásí a pečlivě sleduj osud svého rukopisu od okamžiku jeho odeslání do redakce. Naopak všem svým spoluautorům ihned po vyjítí společného článku pro jistotu dej vědět, že již byl vytištěn, aby i oni mohli mít přesnou evidenci svých publikací. Zcela recentní seznam svých publikací měj neustále po ruce připraven. Publikační činnost je nedílnou součástí tvého osobního portfolia (curriculum vitae – CV) a tedy kariérního růstu jakož i profesionálního renomé.“ (ŠPÁLA, 2008, s. 12)

Veškerá autorská díla nepodléhají jen etickým pravidlům, ale také **legislativním ustanovením**.

Publikační činnost a nakládání s autorským dílem (tj. dílo literární, umělecké a dílo vědecké, které je výsledkem činnosti autora a je vyjádřeno v jakékoli objektivně vnímatelné podobě včetně podoby elektronické) souvisí s autorským právem a podléhá zákonu č. 156/20013 Sb., kterým se mění zákon č. 121/2000 Sb., o právu

autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů.

Literatura:

HUŠÁK, Václav. *Jak napsat publikaci? Jak připravit prezentaci?* Univerzita Palackého v Olomouci, Olomouc, 2007. ISBN 978-80-244-1736-3.

NĚMCOVÁ, Jitka. Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci. Text pro posluchače zdravotnických oborů. Plzeň: Maurea, 2013. ISBN 978-80-904955-5-5.

ŘÍHA, Jozef, Pavel STRÍŽ. Příprava posteru. In: *Informační Bulletin České statistické společnosti* [online]. Prosinec 2006, 16, číslo mimořádné, s. 21–24. ISSN 1210-8022. [vid. 18. 11. 2013]. Dostupné z <http://www.statspol.cz/bulletiny/ib-05-x.pdf>.

ŠPÁLA, Milan. *Principy úspěšného publikování v odborném časopise na prahu 21. století*. Univerzita Karlova v Praze, 2008. Studijní materiál postgraduálního kurzu Ústřední knihovny UK. ISBN neuvedeno.

Sbírka zákonů [online]. MVČR 2013. [cit. 2013_11_11]. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/GetAll.aspx>.

7 Kvantitativní výzkum

Pomocí kvalitativního výzkumu jsou popisovány situace, akce, procesy, sociální interakce, interpretace pohledu nebo názorů jednotlivců či skupin na danou problematiku apod. v určitém sociálním kontextu.

Jako kvalitativní výzkum lze s nadsázkou označit jakýkoliv výzkum, který nevyužívá pro získání výsledků statistické metody.

Snahou kvalitativního výzkumníka je vytvořit holistický obraz sledovaného jevu.

Pro zdárné provedení kvalitativního výzkumu je třeba si uvědomit a během celého výzkumného procesu mít na paměti, několik skutečností:

- kvalitativní výzkum má induktivní logiku
- účastníci výzkumu, výzkumník i čtenář mají rozdílné vnímání reality
- výzkumník a účastníci výzkumu se navzájem ovlivňují
- způsob vyjadřování během výzkumu je neformální, často se vytváří a stabilizuje v průběhu výzkumu

Kvalitativní výzkum lze dělit dle mnoha hledisek, např. podle přístupu (viz 1 Metody výzkumu). Obecně jej ale můžeme, především podle metodologie, rozdělit na:

a) biografický

- využívá se nejčastěji v oblasti antropologie, literatury, historie, sociologie a psychologie
- chronologicky řadí např. životní etapy, situace apod., strukturuje okolnosti hlavních událostí, vysvětluje významy událostí v historickém kontextu
- jako zdroje užívá archivní materiály, autobiografie, life history (psaná, orální)

b) fenomenologický

- využívá se nejčastěji v oblasti filozofie, sociologie, ošetrovatelství a psychologie
- popisuje výpovědi (např. zkušenosti) několika osob (kolem 15 osob), které jsou pro daný výzkum vybrány na základě relevantnosti budoucích výpovědí (např. zkušenosti)

- během analýzy dat se nejdříve vytvářejí skupiny významů získaných informací, dále se popisuje daný jev (např. zkušenost) a následně jeho důsledek

c) zakotvená teorie

- využívá se nejčastěji v oblasti medicíny, ošetrovatelství a sociologie
- cílem je vytvoření nové teorie
- jako metoda výzkumu se používají rozhovory (kolem 25 rozhovorů), na základě jejich analýzy je postavena daná teorie, která se dalšími rozhovory ověřuje
- postup analýzy zakotvené teorie zahrnuje otevřené, axiální a selektivní kódování a konstrukci teorie (proces analýzy dat je blíže popsán v podkapitole 7.3 Analýza dat)

d) etnografický

- využívá se nejčastěji v oblasti sociologie a kulturní antropologie
- popisuje určitou sociální (např. kulturní) skupinu nebo systém
- jako metoda je používáno pozorování (zúčastněné)
- pro vstup do terénu je třeba identifikovat dveřníka (gatekeeper) (viz 5 Výzkumný vzorek)

e) kazuistika

- využívá se nejčastěji v oblasti ošetrovatelství, medicíny a sociologii
- jde o ohraničený systém na jednotlivce, určitou skupinu, událost, činnost nebo proces
- pro sběr informací se kombinují různé metody, jako např. pozorování, rozhovor, analýza dokumentů
- skládá se z:
 - úvodu
 - anamnézy - relevantní údaje z období před popisovaným případem/údaje neměnicí se v souvislosti s případem
 - katamnézy – popis vlastního případu
 - analýzy – rozbor případu
 - interpretace – aplikace/porovnání s teorií
 - závěr

I když se jen těžko dá kvalitativní výzkum rozdělit striktně do jednotlivých fází, protože se **jednotlivé fáze často prolínají** (např. není výjimkou, že se provádí analýza dat již během samotného sběru materiálu), přesto je zde, pro názornost, nastíněno možné uspořádání fází kvalitativního výzkumu:

1) přípravná fáze

- stanovení výzkumného problému
- výběr způsobu sběru dat
- organizační zabezpečení výzkumu

2) sběr (dat)

3) zpracování dat

- analýza dat

4) interpretace

- formulace závěrů

- vypracování závěrečné zprávy
- prezentace výsledků

Jednotlivé kroky budou popsány v následujících podkapitolách (7.1–7.4).

Literatura:

BÁRLOVÁ, Sylva, Petr SADÍLEK a Valérie TÓTHOVÁ. *Výzkum a ošetřovatelství*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2009. ISBN 978-80-7013-467-2.

CORBINOVÁ, Juliet a Anselm SRSTAUS. *Základy kvalitativního výzkumu. Postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Albert, 1999. ISBN 80-85834-60-X.

JAROŠOVÁ, Darja. *Výzkum v ošetřovatelství*. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2006. ISBN neuvedeno.

ČESKO. Zákon č.101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2004, částka 180. ISSN 1211-1244.

DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost. Příručka pro uživatele*. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0139-7.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum. Základní teorie, metody a aplikace*. Druhé, přepracované a aktualizované vydání. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-485-4.

7.1 Přípravná fáze

Naplánovat kvalitativní výzkum, a tento plán striktně dodržet od jeho počátku až do úplného konce, jde jen výjimečně. Vždy musí výzkumník počítat s tím, že se objeví nové okolnosti, které nějakým způsobem celý výzkumný proces ovlivní. Přesto, nebo spíše právě proto, je třeba na počátku kvalitativního výzkumu promyslet celou řadu otázek, mezi které se řadí:

a) stanovení výzkumného problému, což lze rozdělit na několik částečně samostatných oblastí:

- **účel** celého výzkumu - čeho a proč chce výzkumník dosáhnout (např. popis, vysvětlení určitého jevu, procesu apod.)

- **celkový konceptuální rámec výzkumu** – výzkumník si připraví teoretické podklady k dané problematice, dále kriticky zhodnotí své zkušenosti v dané oblasti apod.

- výzkumné otázky – ústřední neboli **centrální výzkumná otázka**, která je obecným vyjádřením zkoumané problematiky a **vedlejší** čili dílčí **výzkumné otázky**

b) výběr způsobu sběru dat, se kterým souvisí:

- **strategie výběru výzkumného vzorku** (viz kapitola 5 Výzkumný vzorek) můžeme rozdělit na dvě skupiny

-- teoreticky zaměřený výběr – výzkumník současně data shromažďuje, kóduje, analyzuje a určuje, která data jsou ještě zapotřebí a také jak a kde je možné je získat;

ukončení sběru dat je podmíněnou teoretickou saturací

-- výběr s danou strukturou – výzkumník před započítím sběru dat stanoví kritéria pro výběr výzkumného vzorku (např. v případě výzkumu prováděném v konkrétní organizaci/nemocničním oddělení, popisující zkušenosti lidí z určité specifické události apod.)

c) organizační zabezpečení – výzkumník na základě definovaných výzkumných otázek stanoví, kolik výzkumníků bude potřeba, jaké finanční prostředky je nutné zabezpečit (finanční odhad a způsob získání finančního obnosu, případně další související otázky), příprava potřebných pomůcek (např. diktafon, kamera)

Výzkumník by měl také zvažovat, jakým způsobem výzkum ovlivní zkoumané prostředí či jev a jaká rizika (nejen pro zkoumané osoby a jevy, ale i pro samotného výzkumníka) s sebou výzkum přináší.

Další důležité oblasti, kterými se výzkumník musí před zahájením vlastního výzkumu zabývat, patří také zajištění vstupu do výzkumného terénu.

V souvislosti s výzkumem v ošetřovatelství se budeme nejčastěji pohybovat ve zdravotnických, případně sociálních, organizacích. V těchto institucích je pro realizaci výzkumu zapotřebí povolení etické komise nebo povolení vedení dané organizace.

Pro získání tohoto povolení (nebo pro schválení výzkumu v rámci studia školitelem, získání financí pro provedení výzkumu apod.) se předkládá **výzkumný projekt**. Funkcí výzkumného projektu je ale především detailnější popis výše uvedených oblastí, vysvětlení dané problematiky, ujasnění si souvislostí a vytvoření určitého rámce, který zahrnuje (s možnými obměnami s ohledem na relevantnost dle zaměření výzkumu):

1) výzkumný problém

- popis daného problému
- odůvodnění výběru
- teoretické poznatky o daném problému
- metodologické aspekty zkoumání daného problému

2) výzkumné otázky

- centrální výzkumné otázky
- dílčí výzkumné otázky

3) data

- popis předpokládané struktury získaných dat

4) metodologie sběru dat

- popis přístupu do prostředí
- popis výběru informátorů/účastníků výzkumu
- popis ochrany práv účastníků výzkumu (např. informovaný souhlas, prozatímní informační moratorium)
- popis způsob shromažďování dat (terénní poznámky, audio nahrávky, video nahrávky apod.)

5) analýza dat

- popis metody analýzy získaných dat

6) kvalita výzkumu

- popis zajištění kvality výzkumu, která je dána např.
 - jednotností aplikace využívaných metod sběru dat a jejich vyhodnocování (především v případě, že výzkum provádí více výzkumníků)

- triangulací – vzájemná validizace výzkumných metod (např. různorodé zdroje informací, využití více výzkumníků za účelem eliminace subjektivity)
- transparentností výzkumu, která je dána důkladným popisem celého procesu
- předložením předběžné závěrečné zprávy účastníkům výzkumu k jejich vyjádření
- spoluprací s konzultantem

7) účel výzkumu

- popis předpokládaného přínosu daného výzkumu

8) organizační zabezpečení výzkumu

- popis výzkumného týmu
- popis předpokládaného využívání techniky (nahrávání na diktafon, pořizování fotodokumentace, videozáznamy apod.)
- předpokládaný časový rámec
- předběžná finanční kalkulace

9) prezentace výsledků výzkumu

- popis způsobu interpretace získaných dat

Jak již bylo uvedeno, každý výzkumný projekt se liší vzhledem ke svému účelu a také s ohledem na způsob nebo metodologii plánovaného výzkumu.

Níže uvedená ukázka představuje **příklad výzkumného projektu** předkládaného etické komisi zdravotnického zařízení pro schválení kvalitativního výzkumu prováděného v rámci studia.

Projekt kvalitativního výzkumu - příklad

Jméno:

Instituce:

Výzkumný problém: Profesionální chování všeobecných sester v péči o psychiatrické pacienty v souvislosti s problematikou etiky

V ošetrovatelské literatuře se často setkáváme s pojmem profesionalita. Nejčastěji bývá vysvětlen jako odbornost v daném oboru. Toto vysvětlení je velice široké a naskýtá široký prostor pro různorodou interpretaci. V souvislosti s profesionalitou ve zdravotnictví se všeobecné sestry setkávají s problematikou etiky a to nejen prostřednictvím etických kodexů a etických komisí, ale i běžným, často nevědomým, řešením dilematických situací.

Současná společnost klade velký důraz na profesionalitu a profesní etiku. V oblasti zdravotnictví, tedy i psychiatrie, jsou tyto tendence také patrné, zvláště pod tlakem veřejnosti a sdělovacích prostředků.

Profesionálním chováním se zabývá řada autorů, jako např. ...

Základní poznatky o profesionalitě a profesionálním chování v ošetrovatelství lze shrnout ...

Cílem tohoto kvalitativního výzkumu je vymezení obsahu pojmu profesionální chování všeobecných sester v péči o psychiatrické pacienty v souvislosti s problematikou etiky.

Centrální výzkumná otázka pro tento kvalitativní výzkum byla definována:

Co je obsahem pojmu profesionální chování všeobecných sester v péči o psychiatrické pacienty v souvislosti s problematikou etiky?

Vzhledem k tomu, že je třeba získat informace o povaze odbornosti dané profese, budou osloveny všeobecné sestry, které pracují na psychiatrii a znají problematiku jak ošetrovatelství obecně, tak i specifika psychiatrie.

Účastníky výzkumu budou tedy všeobecné sestry pracující na psychiatrickém oddělení ... nemocnice a v

Jako kontaktní osoba na obou pracovištích je hlavní sestra, pomocí které bude kontaktován první účastník/účastníci výzkumu. Další účastníci budou následně oslovovány na základě doporučení.

Sběr dat bude probíhat formou polostrukturovaných rozhovorů, které budou nahrávány na diktafon.

Každý z účastníků bude předem srozuměn s účelem rozhovoru, se zajištěním anonymity a důvěrností informací, metodou sběru dat. Účastníci výzkumu podepíší informovaný souhlas s poskytnutím rozhovoru. Před podpisem budou seznámeni s účelem výzkumu, s jeho metodologií, zpracováním a využitím získaných dat; zajištěním jejich anonymity a budou zodpovězeny jejich případné otázky.

Rozhovory budou probíhat vždy tak, aby bylo zaručeno soukromí a klid a aby nenarušovaly chod oddělení.

S ohledem na šíři výzkumného cíle byly stanoveny následující dílčí otázky, které tvoří základ polostrukturovaného rozhovoru:

1. Co si představíte pod pojmem profesionalita?
2. Co profesionalitu ovlivňuje?
3. Co považujete za profesionální chování všeobecné sestry na psychiatrii?
4. Jak můžeme odlišit co je a co není profesionální?
5. Jak se profesionalita vytváří?
6. Jaký je váš ideál profesionála všeobecné sestry? Proč právě ona/on?
7. Co považujete za etický problém v psychiatrickém ošetrovatelství?
8. Jak se projevuje etický přístup všeobecné sestry v péči o psychiatrické pacienty?

Nahrané rozhovory budou přepsány a získaná data budou analyzována (kódována) a dále zpracována do výzkumné zprávy, která bude součástí závěrečné/diplomové práce v rámci studia na ...

Výzkum bude probíhat pod vedením ..., která/ý je vedoucím závěrečné/diplomové práce.

Výsledky výzkumu přispějí k rozšíření poznatků o profesionalitě v ošetrovatelství cíleně v oblasti psychiatrie a jeho souvislosti s etikou.

Výzkum bude probíhat na psychiatrickém oddělení ... nemocnice a v ..., v období od ... do ...

Personálně bude výzkum zajištěn studentem/studentkou ..., název školy..., obor...

Veškeré případné finanční náklady budou hrazeny výzkumníkem.

Výsledky výzkumu budou použity pouze pro studijní účely. (TOŠNAROVÁ, 2011)

Literatura:

BÁRLOVÁ, Sylva, Petr SADÍLEK a Valérie TÓTHOVÁ. *Výzkum a ošetřovatelství*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2009. ISBN 978-80-7013-467-2.

CORBINOVÁ, Juliet a Anselm SRTAUSS. *Základy kvalitativního výzkumu. Postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Albert, 1999. ISBN 80-85834-60-X.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum. Základní teorie, metody a aplikace*. Druhé, přepracované a aktualizované vydání. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-485-4.

ŠVARŤÍČEK, Roman, Klára ŠEĎOVÁ a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.

TOŠNAROVÁ, Hana. *Problematika etiky v profesionálním chování zdravotních sester v péči o psychiatrické pacienty*. Praha: UK 2011. Disertační práce. Univerzita Karlova v Praze, Fakulta humanitních studií.

7.2 Sběr dat

Literatura:

BÁRLOVÁ, Sylva, Petr SADÍLEK, Valérie TÓTHOVÁ. *Výzkum a ošetřovatelství*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2009. ISBN 978-80-7013-467-2.

ČESKO. Zákon č.101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2004, částka 180. ISSN 1211-1244.

DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost. Příručka pro uživatele*. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0139-7.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum. Základní teorie, metody a aplikace*. Druhé, přepracované a aktualizované vydání. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-485-4.

Pro získávání dat v kvalitativním výzkumu je velice důležité, aby ze získaných informací bylo možné vytvořit skutečný obraz zkoumaného jevu. To znamená, že do sběru informací je třeba zahrnout nejen jednotlivá data, jevy apod., ale také celý kontext. „Snažíme se při tom jít za *co* a *kolik* a blížit se k *proč* a *jak*.“ (HENDL, 2008, s. 161)

Výběr způsobu sběru dat samozřejmě závisí na zaměření daného výzkumu, tedy na požadovaných informacích.

Jak již bylo uvedeno v kapitole 2 Metody výzkumu, mezi základní techniky sběru dat kvalitativního výzkumu se řadí:

- pozorování
- rozhovor
- Focus group

- analýza dokumentů

V následujícím textu budou jednotlivé techniky blíže popsány.

Pozorování je způsob získávání informací, který je možné začlenit jako součást některých dalších technik, především rozhovorů.

Cílem pozorování je hlubší poznání určitého jevu či skupiny lidí, jejich činností, vazeb, interakcí atd.

Nejčastějším nástrojem pro zaznamenávání pozorovaného jsou tzv. **Field notes**, nebo-li polní poznámky. Jde o záznam co možná nejvíce informací, které jsou pro daný výzkum relevantní (viz níže Field notes - příklad).

„Polní poznámky jsou v podstatě chronologický záznam toho, co se děje ve zkoumaném prostředí, co se děje s tímto prostředím i toho, co se děje v pozorovateli.“ (DISMAN, 202, s. 312)

Dále je možné použít fotodokumentaci, audio/videonahrávky apod., se kterými se dále pracuje v rámci analýzy dat jako s analýzou dokumentů (viz níže) a samozřejmě lze tyto techniky kombinovat.

Díky pozorování zachycujeme nejen zřejmý obraz, ale také možné jemné nuance sociální interakce, které by nebylo možné získat např. rozhovorem (případně by nebylo vhodné z etického hlediska se na danou problematiku ptát).

Proto, aby mohl výzkumník daný jev pozorovat, je třeba se jej účastnit (proto bývá tato metoda označována jako **zúčastněné pozorování**).

Právě míra zúčastnění rozděluje roli výzkumníka:

- **úplný participant** – výzkumník zcela přebírá roli člena pozorované skupiny, aby identita výzkumníka zůstala skryta (v případě výzkumu v rámci ošetřovatelství se můžeme setkat např. se všeobecnou sestrou, která provádí na svém pracovišti kvalitativní výzkum);

výhoda této techniky spočívá především v tom, že pozorovaná skupina nemění své chování ve snaze „ukázat se v lepším světle“, výzkumník má možnost hned od samého začátku pozorovat nezměněnou realitu;

nevýhodu je, že výzkumník si nemůže dělat poznámky, fotodokumentaci apod. během provádění výzkumu a své poznatky zaznamenává až zpětně;

za další negativum lze také považovat etický rozměr faktu, že účastníci výzkumu o daném šetření nevědí (samozřejmostí je schválení výzkumu etickou komisí či vedením organizace apod., ve které je výzkum realizován)

- **částečný participant**

- výzkumník jako participant (převažuje role výzkumníka)

- participant jako výzkumník (převažuje role participanta)

obě tyto role umožňují výzkumníkovi začlenit se v případě potřeby, a dle svých možností, do provozu např. nemocničního oddělení nebo být aktivním účastníkem zkoumaného jevu, situace apod. a zároveň využívat roli výzkumníka, což s sebou nese možnost pořizování si Field notes apod.;

z výzkumného hlediska je pro výzkumníka velice přínosné vyzkoušet si či zažít situace, které jsou cílem výzkumu, na druhé straně to vyžaduje zachování profesionálního odstupu a co nejvyšší míry objektivity

- **úplný pozorovatel** – role výzkumníka je všem zúčastněným známá;

výzkumník nezasahuje do chodu děje, jeho chování nesmí ovlivnit přirozený vývoj situací;

nevýhodou role úplného pozorovatele je vysoká pravděpodobnost zkreslení výzkumu vlivem efektu morčete (viz kapitola 4 Limity výzkumu), kterému lze předejít např. metodou odloženého startu (skutečného začátku výzkumu), kdy výzkumník např. několik hodin až dní, dle podmínek a zaměření výzkumu, pouze samotný výzkum předstírá; během této doby si účastníci výzkumu na přítomnost výzkumníka zvyknou a své chování přestanou modifikovat

Field notes – příklad

(časový snímek: 10 minut)

Kvalitativní výzkum zaměřený na interakci zdravotnických pracovníků prováděný všeobecnou sestrou pracující na daném oddělení (v době výzkumu není ve službě)

Situace: nemocnice XY, Praha, úrazové ortopedické oddělení – lůžková část, pracovna sester, 14.28–14.39 hod

přítomní: S – všeobecná sestra, 22 let

SS – staniční sestra, 28 let

Dr. – lékař, vedoucí oddělení, 40 let

V – výzkumník

V – sedí na židli v rohu místnosti

S – sedí za stolem a píše do zdravotnické dokumentace

Dr. – vchází rychlým krokem na sesternu, stoupne si za sestru a rukama se opře o opěradlo její židle, dívá se jí přes rameno do dokumentace

„Tak co, Míšo, jak to tu válčíte? Přijali jste něco?“

S – stále sedí u stolu, hlavou se otočí k lékaři

„Jo, máme dva, jsou támhle na lince. Hlezno a acetabulum.“

Usmívá se.

„Sbírka se rozšiřuje, už nám na každém mužském pokoji někdo visí.“

Ukazuje tužkou na tabuli s rozpisem pacientů na pokojích.

Dr. – Dívá se na staniční sestru.

„Doufám, že jste je nedali k sobě, protože...“

SS – skáče mu do řeči, sedí v křesle, na klíně má seznam léčiv, který si prohlížela.

Udiveně:

„Tomáši, to nemyslíš vážně!“

S – přestane psát a pozoruje udiveně staniční sestru a lékaře, zakrouťí hlavou, hraje si s tužkou a poslouchá rozhovor

Dr. – pobaveně se dívá na staniční

„No co, jen se ptám. Míša je tu nová, tak jestli...“

SS – opět mu skáče do řeči, našťvaně:

„To si myslíš, že jsme tady všichni úplně tupí, nebo co?“

Dr. – Zvedne obočí, rozhodí rukama

„To neříkám! Ale chci vědět, kde leží.“

SS – vstává z křesla

„Nech toho, prosím tě.“

Mávne rukou.

Dr. – usmívá se

„A co vy tam v růžku?... Jen si to pořádně všechno zapište! Ať vám nic neuteče!“
Spiklenecky mrkne na výzkumníka.

V – pokývá hlavou, usmívá se

S – Otočí se na židli na lékaře, nohu přes nohu.

„Pane doktore, tady u toho pána není napsanej Fraxiparin nebo něco.“

Ukazuje na chorobopis ležící na lince.

Dr. – Dívá se do dokumentace

„Jak to že ne? Beáto, sakra, jak to, že nejsou u příjmu napsaný medikace?“

S – jde k lékaři, kouká se s ním do chorobopisu

„Medikace jsou, jenom ten Fraxiparin jsem nenašla, třeba jsem ho přehlídla.“

SS - myje si ruce

„Tomáši, proč se ptáš mě? Copak já kontroluju, co píšou doktoři?“

Dr. – hraje si v ruce s tužkou

„Jednou tu seš staniční, tak to tu máš na starosti.“

SS – ruce v bok, mírně zvedá hlas

„Počkej, děláš si srandu? To maj' jako sestry kontrolovat doktory? Ne že by to tak nebylo, ale nechceš mi říct, co ty holky mají dělat dřív? A vůbec, jak to s tím souvisí, že sem staniční. Co ti zas přelítlo přes nos?“

Dr. – zamyšleně

„Jo,..., aha, jo. Taaak mu dáme heparin.“

S - opět sedí u stolu

„Pane doktore, ten heparin 3x?“

Dr. – „Kolik váží?“

S – listuje v chorobopisu

„90“

Dr. – dívá se na staniční, hovoří pomalu

„Samozřejmě 3x, to snad víte, ne?“

SS – odchází ze sesterny a rozpouští si vlasy

Dr. – bere staniční sestru za loket

„Beáto, počkej, kam jdeš?“

SS – ucukne rukou, pobaveně odpovídá

„Domů, kam bych šla, podívej se kolik je hodin.“

Dr. – dívá se na hodiny

„To se tak někdo má! Já chudák sloužím. Naštěstí tu je silná sesterská sestava, že jo, Míšo?!“

SS – směje se, teatrálně:

„Chudáčku malej, jak to jenom vydržíš?“

odchází

„Mějte se, čau a nic už neberte! Tomáši, jasný jo?“

Dr., S a V – dohromady

„Čau zejtra!“

Dr. - sedá si do křesla

„Tak co, Míšo, jak se vám tu pracuje? Není Beáta moc přísná?“

S – přestane psát a opře se o opěradlo, natočí se směrem k lékaři

„Beáta? Ne. Je to tu faj, rozhodně lepší než na allo.“

Zazvoní telefon, sestra ho vyřídí, lékař si zatím pročítá chorobopisy

Dr. – drží v ruce chorobopis

„Jak je to s trojkou střed?“

S – povzdechne si

„Jo dobrý, diastolu má 90 a teplotu 37,3 tedy ve dvě. Je to tam napsaný.“

Dr. – pokyvuje hlavou

„Hm.“
Odmlčí se.
„To je vaše barva, Míšo?“
S – vykulí oči
„Co? Ježíši, doktore!“
Dr. – sedí stále v křesle; pobaveně
„Tak je nebo ne?“
S – usmívá se, píše a při tom odpovídá
„Pane doktore, to je sesterský tajemství!“
Dr. - usmívá se
„Tak to jo, to musím respektovat.“
S – „Budete večer dělat vizitu vy?“
Dr. – Zvážní
„Asi jo, potřebujete něco?“
S – otočí se na lékaře
„No, potřebuju podepsat dva dolziny.“
Dr. – natahuje ruku
„Tak mi to dejte hned. Byl tady už internista?“
S – vstane a podává lékaři vyjádření internisty
„Jo, je puštěná.“
Dr. – mávne odmítavě rukou
S – vrací vyjádření internisty a podává lékaři chorobopisy k podepsání
Do pracovny sester vchází sanitář, říká, že dokapala infúze na sedmičce a že ji zastavil. Sestra pokývala hlavou.
S – ukazuje prstem lékaři do chorobopisu
„Tady ten bude určitě potřebovat něco na noc.“
Dr. – pokrčí rameny a píše
„No tak jo, co mu dáme, klukovi? Novalginek by mu moh’ chutnat.“
S – podívá se na hodiny, usmívá se a významně klepe prstem na hodinky
„Pane doktore, už je čas! Hlášení.“
Dr. - vyskočí z křesla a odchází; s důrazem na každé slovo:
„Ježíši, to jste mi nemohla říct dřív? Chtěl jsem se ještě zastavit dole,... sakra.“
S – usmívá se, hledá chorobopis, poté v něm listuje, zapisuje, pak připravuje infúzi a odchází z pracovny sester

Rozhovor v kvalitativním výzkumu lze provádět několika způsoby:

- nestandardizovaný rozhovor – rozhovor se vyvíjí na základě dialogu mezi tazatelem a respondentem; na počátku rozhovoru je známo „pouze“ téma; formou nestandardizovaného rozhovoru je také tzv. **narativní interview** (biografický rozhovor), jehož cílem je zachytit subjektivní zkušenosti vypravěče pomocí volného vyprávění (respondent je vyzván, aby vyprávěl na dané téma, výzkumník do samotného vyprávění nezasahuje)

- polostrukturovaný rozhovor – výzkumník má předem připravené oblasti/dílčí otázky, které jsou do rozhovoru zahrnuty, celý rozhovor se ale také vyvíjí na základě dialogu mezi tazatelem a respondentem; jednotlivé polostrukturované rozhovory se tedy od sebe navzájem liší

Během rozhovorů je žádoucí, aby jak respondent, tak i tazatel cítili rovnocenný vztah a vzájemnou důvěru. Není-li tazatel „napojen“ na respondenta, je možné, že mu

budou některé informace zatajeny (vědomě či nevědomě). S tím souvisí také problematika výběru role ze strany respondenta. Oba tyto jevy vedou ke zkreslení. (viz kapitola 4 Limity výzkumu)

Zásady pro vedení interview dle Hendla:

1. „Zajišťujeme důkladnou přípravu a nácvik provedení rozhovoru.
2. Účel rozhovoru určuje celý proces interview.
3. V interview máme vytvořit rámec, v němž se bude moci dotazovaný vyjadřovat pomocí svých vlastních termínů a svým vlastním stylem.
4. Vytváříme vztah vzájemné důvěry, vstřícnosti a zájmu. Jsme citliví k pohlaví, k věku a kulturním odlišnostem dotazovaného.
5. Při přípravě a provedení rozhovoru si uvědomujeme, že otázky v rozhovoru nejsou totožné s výzkumnými otázkami.
6. Otázky formulujeme jasným způsobem, kterému dotazovaný rozumí.
7. Klademe vždy jenom jednu otázku.
8. Otázky doplňujeme sondážními otázkami.
9. Dotazovanému dáváme jasně na vědomí, jaké informace požadujeme, proč jsou důležité a jak interview postupuje.
10. Nasloucháme pozorně a odpovídáme tak, aby dotazovaný poznal, že o něj máme zájem. Necháváme dotazovanému dostatek času na odpověď.
11. Udržujeme si neutrální postoj k obsahu sdělovaných dat. Sbíráme data, ale neposuzujeme osobu.
12. Jsme pozorní a citliví k tomu, jak je dotazovaný rozhovorem ovlivněn a jak odpovídá na různé otázky.
13. Zohledňujeme časové možnosti dotazovaného.
14. Jsme reflexivní, sebekriticky monitorujeme sami sebe.
15. Po rozhovoru kompletujeme a kontrolujeme své poznámky, jejich kvalitu a úplnost.“ (HENDL, 2008, s. 172)

Z výše uvedeného vyplývá, že výzkumník by se měl na rozhovor vždy náležitě připravit. V kvalitativním výzkumu není možné si připravit doslovný scénář, ale lze vytvořit určitou osnovu, která výzkumníkovi pomůže udržet požadovaný směr.

Rozhovor začíná iniciačními otázkami, které by se neměly týkat problémových či citlivých oblastí a měly by dotazovaného povzbudit k dalšímu vyprávění.

K prohloubení a doplnění odpovědí slouží sondáž (probing). Tato úvodní část vytváří kontext pro další hovor.

Následná fáze rozhovoru se věnuje informacím o subjektivních pocitech a názorech dotazovaného. Při kladení otázek se nejdříve zaměřujeme na přítomnost a následně pak na budoucnost či minulost.

Na závěr jsou kladeny otázky, které nejsou pro dotazovaného atraktivní, tedy např. zjišťujeme demografické údaje.

Tyto, pro dotazovaného, nezajímavé či nudné otázky lze také zakomponovat do průběhu hovoru tak, aby nenarušily sled hovoru a dotazovaného neodradily.

V kvalitativním rozhovoru se standardně využívá několik typů otázek dle zaměření:

- na chování a zkušenosti dotazovaného
- na názory a porozumění dotazovaného
- na pocity dotazovaného
- na znalosti, interpretaci faktů o zkoumané skutečnosti/jevu

- na vnímání dotazovaného – co viděl, slyšel, cítil
- na demografické a kontextové údaje (HENDL, 2008)

Pro následnou analýzu dat je nutné rozhovory zaznamenávat. Při použití audionahrávky je třeba dotazovaného předem opakovaně upozornit na nahrávání hovoru (samozřejmě je informovaný souhlas respondenta s výzkumem).

Nahrané rozhovory jsou následně převedeny do písemné podoby.

Další možností, jak rozhovor dokumentovat, je pořizování písemného záznamu. Lze využívat zapisovatele, jehož úkolem je doslovný písemný záznam hovoru nebo může zápisky pořizovat sám výzkumník.

Tento způsob ale neumožňuje doslovný záznam a je pro výzkumníka náročný především protože je třeba, aby se soustředil nejen na samotný hovor, ale také na zápis. V tomto případě je výhodné, aby výzkumník při zápisu nechával mezi jednotlivými řádky prostor, kam je možné neprodleně po ukončení rozhovoru dopsat chybějící informace, poznámky apod.

V případě polostrukturovaného rozhovoru je vhodné si připravit záznamový arch, kde jsou předepsány témata/dílčí otázky, které se během hovoru mají probrat.

Přepis polostrukturovaného rozhovoru - příklad¹

Základní otázka: Co je obsahem pojmu profesionální chování všeobecných sester v péči o psychiatrické pacienty v souvislosti s problematikou etiky?

Dílčí otázky:

1. Co si představíte pod pojmem profesionalita?
2. Co profesionalitu ovlivňuje?
3. Co považujete za profesionální chování všeobecné sestry na psychiatrii?
4. Jak můžeme odlišit co je a co není profesionální?
5. Jak se profesionalita vytváří?
6. Jaký je Váš ideál profesionála všeobecné sestry? Proč právě ona/on?
7. Co považujete za etický problém v psychiatrickém ošetřovatelství?
8. Jak se projevuje etický přístup všeobecné sestry v péči o psychiatrické pacienty?

Přepis rozhovoru

T – tazatel

R – respondent (staniční ošetřovatel na psychiatrickém oddělení XY)

T: Ahoj Vládo, díky, že jsi přišel, slibuju, že to bude jen chvílička.

R: Jojo, to je dobrý, já si to pak u tebe nějak vyberu, to si piš.

T: Už jsem ti prve říkala, o co se jedná, takže jen ve zkratce. Dělam výzkum do školy a jde mi o to, zjistit, co znamená profesionální chování sester, který pracujou na psychiatrii v souvislosti s profesionalitou etiky. Tenhle rozhovor nahrávám tady na ten diktafon, Tak, můžem začít?

R: Jojo

T: Co si představíš pod pojmem profesionalita?

R: No, asi že jako je profík.

T: ?

¹ V přepisu rozhovoru je barevně znázorněno přiřazení proměnných k jednotlivým kategoriím (viz 7.3 Analýza dat)

R: Jo, no že má školu na to co dělá, prostě to umí. Tady u nás na psychiatrii musí mít cit pro lidi, jinak si může jít kuchtat na chirurgii, ale tam by se taky mělo umět jednat s lidma, jo, ale tady je to přeci jenom trochu jiný. Lehce se udělá chyba. Takže profík psychiatrická sestra umí jednat s lidma a taky je šikovná. Vždyť tady je kolikrát větší somatika než jinde. Jo a musí to umět s doktorem.

T: Cože?

R: Vždyť ty naši doktoři jsou nepoužitelný pro normální chod. Zvláště na příjímáku. Vždyť víš, co myslím.

T: Já nevím, co myslíš.

R: Jo, aha, jo. No jako že je člověk musí pořád usměřňovat. Jak s dokumentací, co je kdy a jak potřeba. Oni perfektně zvládají medikace a tak, ale chod oddělení a takový ty běžný věci, to jde kolem nich. A to říkám já, jako chlap. A co teprve ženský, sestry. Pro ně to musí bejt úplně nepochopitelný, co doktoři a i doktorky kolikrát předváděj. Takže profík sestra vede celý oddělení. Ne jako my, staniční, to je jasný, ale i ve službě si jednička musí jako vést všechny. Vždyť si musí vést vlastně i nás. Říká, co je třeba objednat, koho kam přeložit a proč, co s uklízečkou, no jo vlastně všechno a já to pak buď řeším nebo tlumočím mudrum. Jo, profík sestra je šikovná, inteligentní, komunikativní velitel jednotky.

T: Vláš, říkáš šikovná, to je taky dost široký...

R: ... Jo, to je těžký (...) jako manuálně šikovná. Třeba že umí vyndat stehy, najít žílu a že se jí écétěčka neroztřesou kolena. Taky že umí vést komunity. Nemusí mít zrovna výcvik, ale že to má nějakou formu. Taky že si je jistá v kramflecích u standardů. Nebo aspoň ví, kde je najde. A taky že s lidma jedná jako s lidma. A tak, jo.

R: Hm, fajn. A myslíš, že je něco, co tu profesionalitu ovlivňuje?

T: Jo. No, určitě se něco naučíš ve škole. (...) Jako myslím na zdrávce nebo pak na vejšce. Prostě na nějaký tý vodborný škole. Vono to asi tak nějak je, že člověk profesionál je jako na něco vodborník, no asi jo. Ale hodně asi ovlivní člověka oddělení, kde je. Nejlíp to vidíš na absolventech, že jo, jo. No, asi nejvíc to oddělení a lidi tam. Možná i vůbec jakej ten člověk je. Jako že komu není z hůry dáno. Ale asi se to dá nějak naučit. Jo, vono, každej člověk si asi najde to, co mu nejvíc vyhovuje a kde je pak aspoň trochu dobřej. Někd by nemoch bejt na kolonkách a někdo zase na neklidu. Jo, to taky udělá hodně, jako aby to oddělení člověku sedlo.

T: Co považuješ ty za profesionální chování sestry na psychiatrii?

R: (...) No, já, no... Asi jak jsem řek'. Tak nějak, no. Hlavně to musí umět s lidma no.

R: A to znamená co? Můžeš bejt konkrétnější?

R: Musí mít skvělý komunikační dovednosti. To hlavně a taky to, no musí bejt trpělivá. Ono je to s těma naléhavejma pacientama těžký. Jako aby hned nevyletěla. (...) Odhad, musí mít odhad na lidi. Ale to se časem naučí. Hm, nebo taky nenaučí.

...

T: ... takže říkáš komunikační dovednosti, trpělivá...

R: ... A taky by měla vzbuzovat autoritu, ale tak aby se ty lidi nebáli. Jako, no spíš to... důvěru. To je to no, důvěru. Bez tý to ani nejde. Nikde a v psychiatrii kór. Nebo jako umět si jí získat. Ale hlavně musí mít ten teoretický základ! Přes to vlak nejede.

...

T: Zkus ještě něco...

R: Nemá loudit na kolezích moudra! (úsměv)

T: Dobře to беру, ale přesto loudim...

R: ...**Vstřícnost**. Jo a taky musí držet celý tým za jeden provaz, aby někdo **nebyl jako hodnější** a tak. To pak podkopává autoritu a působí to hodně neprofesionálně a pacienti, ty to teda pak uměj dobře využívat. Jo a mladý holky by **neměly** tak jako **bejt trdla**.

T: Trdla?

R: No, jo trdla. Všemmu se divit a komentovat a tak. A taky by se **personál neměl vybavovat o soukromých věcech** nebo tak **před pacientama**. To je taky takový jako hloupý. Tak ale fakt už nevím!

T: A jak můžeme odlišit co je a co není profesionální?

R: No asi nějak to člověk pozná. Některá sestra je třída a některá stojí za starou bačkoru.

T: A v čem je mezi nima rozdíl?

R: Kolikrát i v tom jak se **tvářej**. Některý bych dal fakt korunu. Některá **neví jestli má pozdravit** nebo ne. Nebo ty **nehty, to je děs, co některý nosej**. Nebo **prstýnky**.

T: Prstýnky?

R: Jo. **Vypadaj jako vokroužkovaný slepice**, na každým prstě prstýnek, **náramky, chřestí to jen se pohnou**, tak se radši nehejbou, asi aby nechřestily a je jim zatěžko něco udělat. Sestra má vypadat tak nějak **čistě**. Neříkám aby se nenamalovaly a všeho s mírou. **Decentně**. Vůbec by sestry měly bejt decentní. Takový **čistý**. Jak jsi se to ptala?

T: Jak se odliší co je a co není profesionální.

R: Jo aha jo. Vono na to asi žádná norma není. Ale možná (...) Že se **držej standardů**. Jo a taky, že **přiznaj, že nevědí nebo že udělaly chybu**. To je profesionální. A že **pracujou s lehkostí, uměj si poradit** v každý situaci nebo se **zeptat když nevěděj**. Odlišit, ... to je těžký. Tak nějak lidsky (...) Asi je profi to, co dělá jako čest povolání. **Vystupování** a tak a taky ty **dovednosti**. Ale to už jsem říkal. Odlišit... To je strašně subjektivní! Mě může přijít některá sestra jako profík a tobě může přijít úplně k ničemu. I když (...) to asi ne, (...) no já nevím. Třeba je to i o sympatiích. Když je mi někdo sympatickej, tak asi líp (...) snažim se. To je blbost. To ne (...) ne.

T: Co je blbost?

R: Ty sympatie.

T: Proč?

R: No když je mi někdo sympatickej, tak mi přijde dobrej i když není. Takže to je asi fakt subjektivní.

T: Počkej, takže (...) Hm. Ty jako sestra nebo jako pacient?

R: Co?

T: Ty jako sestra se víc snažíš, když je ti někdo sympatickej nebo jako pacient jako...že ti přijde sestra dobrá i když není, když ti je sympatická?

R: Jako sestra, pacient. Teda, no jo, jo. Oboje. Jasně je to o sympatiích.

T: Em. Odlišit co je a není profesionální závisí na sympatiích? Tak to myslíš?

R: No. Jako pacient, když se mi bude nějaká sestra líbit, tak jí budu možná považovat za anděla. A jako sestra se budu chovat líp k někomu, kdo... To je blbost. To není profesionální, paní staniční, že?

T: Co?

R: To sme se učili! Ty **vlastnosti** (...) Jako že sestra má bejt jako **ke všem stejná** (...) Pak je správná sestra a tím pádem profesionální.

T: A jak je to s tím pacientem?

R: No, to víš, my chlapi dáme na **vzhled**.

T: Áha. Takže na vzhledu záleží...

R: no a né snad? Když ti píchá depotku taková pěkná sestřička, tak ani nemukneš i když to od ní bolí jako čert! Au, ale myslíš si asi svoje. To radši od něký šeredky, ale co to umí bodnout. Člověče, taky se mi stalo, že mi někdo řekl, že chce kanylu napíchnout ode mě, protože jsem staniční a mám titul, tak to určitě umím líp. Nevysvětlil jsem mu, že to ta sestřička umí líp, protože to dělá denně a já ne. A ani nebyl ten člověk psychotickéj. Možná trochu organickéj (....). Ne ba ne (....). Hlavně je profesionální, když ty naše pacienty člověk **ustojí**. A taky že si na něj voni nestěžujou. Nebo stěžujou a pak se ukáže, že to je neoprávněný. Jako vždycky.... Teda skoro. Jo. Tak by se to asi dalo odlišit (.....) jo. Sestra **nesmí bejt kňuhňa**.

T: Co?

R: No kňuhňa.

T: A to je jako co?

R: Taková ta mouchy snězte si mě. Musí se **umět chovat**. Já nevím už. Dost. Prostě jede podle **standardů**. A podle toho **jak chci na mym baráku** já. Neškodí, jo. Ale stejně si myslím, že je to pro každého jiný. Ale musí **mít** takou tu **čest**. Stavovskou (...) Jo a taky by neměla mít propadlou **registraci**. Teda musí jí mít jako **platnou**.

T: ?

R: No když **není způsobilá pracovat sama**, tak to teda, podle mě, **není profesionál!**

T: Aha, a ...

R: No tak já už fakt nevím. Nic mě nenapadá. Nevím.

T: Dobře, dobře. Ještě tu mám otázku, jak se profesionalita vytváří?

R: Ježíš, já nevím! Co?

T: Jak se dělá.

R: Jako kdo jí dělá?

T: ?

R: Co?

T: Odkud se vezme?

R: No asi ve **škole**. Podle nějakých osnov. Ty se určujou na ministerstvu, ne? Měly by tak nějak odpovídat praxi. Což teda nevím. Ale asi jak která škola nebo člověk. A hodně se **vychová na baráku**. To asi nejvíc. Takový ty základy člověk má ze školy, to jo, ale praxe tě stejně předělá. Naučený věci, no nevím. Já si nemyslím, že je důkazem profesionality, když máš věci na tácku. Asi víc záleží na **zdravým rozumu**. To se naučit nedá. (...) Mě přijde profík ten, kdo ti **odkloní pacienta** a ne ten, kdo bazíruje na blbinách. Radši si dám neklidovku do kapsy, když jdu něco řešit. U zkoušky by tě za to vyhodili a mě to přijde profesionálnější. Prostě **znát** ty lidi nebo teda ty **nemoce** abys mohla **předvídat**. To je důležitý. Ten **psychiatrickej čuch**. Na to buď máš vlohy nebo nemáš. Určitě se ve škole něco naučíš, ale tohle se naučit asi nedá. To je jako navíc.

T: Takže?

R: Ale asi jo (....) Profík si plní dobře všechny povinnosti a tak. Když jako přijde někdo nověj, tak taky dělá ordinace, všechno co mu řekneš. To je vono. Co mu řekneš. Profíkovi **nemusíš nic říkat!** Teď jsem na to káp! **Profík ví, co má dělat**. A to se naučí až praxí. Nebo taky nenaučí.

T: Nebo taky nenaučí.

R: A to ale už pak není profík.

T: A jakej je tvůj ideál profíka zdravotní sestry?

R: Co? ... No třeba Sefanie.

T: Stefanie? Proč právě ona?

R: (úsměv) No protože je to Stefi!

T: Ne, vážně proč? Nebo někdo jinej?

R: Ne vona, Vážně. Když se nad tím zamyslíš, tak ona tak všechno strašně jako řeší, no. Jo a **zastává se lidí** a klidně se pohádá s doktorem. To je mi sympatický. Asi tak, no. Jako že **je pro lidi**. Ne jenom pacient na trojce, ale člověk, jako ten jeden, no, konkrétní. Nojo asi tak.

T: Dobře. A co je podle tebe etický problém v ošetřovatelství na psychiatrii?

R: Jojo. Tak asi ... no nelíbí se mi ty **velký pokoje**, třeba tady u tebe na příjímáku. To je fakt běs! A taky to,... no jak bylo, *jako se to stalo* tý doktorce S., když sloužila žurnál. No na příjmu se jí bodnul chlap do krku nebo kam a na áru na Bulovce snad pak umřel. Kdyby ho pořádně **prohlídli**, tak se tohle nestane! Mladej chlap! To že vypadal v pohodě není argument! Chudák chlap a vlastně i ta mudra. To je právě to, někdo vypadá, jako že nic a pak se z toho vyklube bůhví co! Vono prohlížet a neprohlížet, člověku je to někdy blbý. Někdy ten člověk vypadá v pohodě, ale není. Ale na to se nesmí brát zřetel. Musí se prohlídnout fakt všichni.

T: Jo to si pamatuju. No ale dál. Co považuješ za etickej přístup v psychiatrickým ošetřovatelství?

R: Fff. To jsou otázky! No určitě. Etickej přístup.... Vždyť jsou i profesní etický kodexy. Nejenom v ošetřovatelství. Jo.

T: A jak se projevuje takovej etickej přístup v péči o psychiatrický pacienty.

R: No,... asi hlavně tak, že ty **lidi bereme jako lidi**. Někdy je to sice fuška, ale pořád jsou to lidi. I na kolonkách.

T: A dál? Nebo je to všechno?

R: To je takový všeobjímající. S tím souvisí i takový to, že jim **vykáme**, i když jsou mentálně na já nevím kolik, nebo i při opakovanějch pobytech, opatrně to je s **intimitou** a já nevím co ještě.

T: Určitě něco ještě vymyslíš....

R: Já fakt nevím. Asi je to hlavně o tý **důstojnosti**.

T: Důstojnosti? O tý jsi nemluvil....

R: ... Ale jo, to jako ta **nahota a vykání** a tak. To je etickej přístup nebo jako problém. Jo a taky, že ty naši pacienti choděj **slušně oblíkaný**. Někdy je fakt votřes. Jo a návštěvy, že sem můžou. No asi tak nějak, no. ... a hlavně přemejšlim a **nedodržuju slepě nařízení**. Když by to tomu pacientovi třeba ublížilo nebo ztížilo situaci. Jde přece o jeho dobro, nějak tu jeho situaci vyřešit a to co možná nejjednodušec. Třeba i proti předpisum.

T: Máš něco konkrétního na mysli?

R: Fff... Ted' mě nic nenapadá, ale někdy jsou ty pravidla úplně postavený na hlavu, jo. A dost. Já už fakt nic nevymyslím. Neee! (vstává a jde ke dveřím)

T: Tak jo, díky moc. Moc jsi mi pomohl, a jestli tě můžu teda poprosit, pošli mi sem Honzu, já ho taky trochu vyzpovídám. Dík.

R: Jo, to je dobrý. Pošlu ho sem, neboj, zejtra má den, tak sem nějak po obědě doběhne.

Focus group, tedy ohniskovou skupinu lze označit jako skupinový rozhovor vedený moderátorem, jehož cílem je získání informací o postojích, míněních a názorech zúčastněných respondentů. (viz 2 Metody výzkumu)

Na moderátora jsou kladeny vysoké nároky a to především v zachovávání objektivity, dále je nutné, aby se vyznal v diskutované problematice, a v neposlední řadě musí ovládat techniky moderace jako např.:

- dotazování a vedení rozhovoru
- brainstorming
- brainwriting
- využívání moderačních karet
- řízená diskuse
- vizualizace
- vernisáž
- plenární diskuse
- řízení moderace (regulování, centrování, vedení, shrnutí)

Průběh Focus group musí být zaznamenáván. V současné době se nejčastěji využívá videozáznam. Jeho výhoda spočívá v možnosti analyzovat nejen samotnou obsahovou stránku sdělení, ale také chování účastníků, jejich neverbální komunikaci atd.

Dále jsou využívány internetové přenosy, případně sledování diskuse výzkumníkem jednocestným sklem.

Není-li k dispozici žádná záznamová technika, je nutné, aby byl přítomen zapisovatel.

Při **analýze dokumentů** je třeba dbát problematiku ochrany dat, která je legislativně upravena předpisem č. 525/2004 Sb. Úplné znění zákona č.101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších změn.

Za dokument lze považovat veškerý materiál, který nebyl prioritně vytvořen pro daný výzkum.

Dělení dokumentů (dle přístupu/vlastnictví):

- veřejné (např. filmová tvorba, tisk, internetové portály, e-diskuse, vydané dokumenty – deklarační, zprávy apod.)
- soukromé (dopisy, deníky apod.) – je nutné vyžádat souhlas majitele
- úřední (zdravotnická dokumentace, právní dokumentace, policejní spisy atd.) – se získanými informacemi je nutné již v prvotní fázi výzkumu zacházet tak, aby nebylo možné identifikovat osoby, jejichž jména jsou v těchto dokumentech obsažena

Výhodou analýzy dokumentů je, že si výzkumník může např. pořizovat kopie (není tedy odkázán na okamžitou analýzu dat) a většinou přístup k dokumentům není striktně časově omezen, tedy je možné se např. k danému materiálu po čase vrátit.

Jako nevýhodu lze označit výše uvedenou ochranu dat, dále pak např. náročnost vyhledávání relevantních dokumentů, jejich nekompletnost, nečitelnost apod.

7.3 Analýza dat

Analýza kvalitativních dat, lépe řečeno výběr analytické metody, závisí na zaměření výzkumu. Obecně ale platí, že analýza kvalitativních dat se provádí pomocí **kódování**, tedy převodu prvotních dat do významových jednotek, kterým jsou přiřazovány názvy, případně jsou nějakým způsobem strukturovány.

V kódování probíhají neustále změny a není výjimkou, že např. jedna věta/odstavec spadá do několika kategorií (tzv. dvojité kódování). (DISMAN, 2002)

Kvalitativní analýza bývá prioritně zaměřena **na obsah** (dále na strukturu, vzhled apod.), který může mít různou povahu. Proto existuje celá řada metod, jako např.:

- rozbor textu
- časové osy

- tvorbu trsů
- zachycení vzorců
- srovnávání

Základní technikou pro analýzu kvalitativních dat je **rozbor textu**. Při prostém rozboru textu se třídí informace např. ve smyslu:

- o čem rozhovor je?
- jaké informace jsou získány?
- jaký kontext z textu vyplývá?
- dají se získané informace nějak seskupit?

Nalezené kategorie nebo oblasti/skupiny (viz níže) výzkumník pojmenuje tak, aby označení charakterizovalo daný obsah.

Následně je daná kategorie popsána/vysvětlena a výzkumníkovo tvrzení (interpretace) je vhodné doložit ukázkami textu.

Rozbor textu – příklad

Cílem rozhovoru bylo zjistit subjektivní hodnocení poskytování ošetrovatelské péče na pracovišti všeobecnou sestrou (oddělení všeobecné traumatologie ortopedické kliniky nejmenované nemocnice v Praze)

R – respondent (všeobecná sestra, jméno – Pavlína, vzdělání – vyšší odborné, věk - 24 let, praxe na daném pracovišti – 2 roky, zkušenosti z jiných pracovišť – 3 roky psychiatrické oddělení)

Pavlínino vyprávění

Z textu vyplývá, že respondentka předpokládá, že tazatelka zná situaci a prostředí, o kterém hovoří.

R: „*No víš, co myslím, (.) prostě, že je nás tu málo,Vem si jenom dekubity. Ještě že se to hlídá a monitoruje. To se taky zavedlo tady, ne?Ale vyrazila mi dech ta holka na trojce.....Kolikátej je ročník?*“

V textu se také objevují odborné názvy a odborný žargon.

R: „*...ale nevíš, jestli je to femur, pertrochanter, subtrochanter a tak...*“

R: „*...ani výkony, cepka, déháeska, totálky si asi hlídáme,....*“

Vzhledem k tomu, že v průběhu rozhovoru není tato terminologie vysvětlena, Pavlína to pravděpodobně nepovažovala za nutné, je nasnadě, že tazatelka se v těchto výrazech orientuje.

Také používání jmen bez bližšího zařazení nebo vysvětlení např. funkce, poukazuje na to, že jmenované osoby tazatelka zná.

V ukázkách rozhovoru nejsou jména plně uvedena.

R: „*...tady je vyipláme a pak se pro formu přeložej k T. Beru, že bysme tu občas nějakou měli, M. je taky dělá,...*“

R: „*To to H. neví? (...) A co V.? Vždyť to B. vrchní kolikrát už říkala.....*“

Označování pacientů

Označení pacientů, které je v textu používáno navozuje pocit, že sestry pacienty považují pouze za diagnózy ležící na lůžku.

R: „*...ale páteře stejně přijímáme my,...*“

R: „*...máme si jet dolu s vanou, je tam třeba achilovka,..*“

R: „...zdravá holka akorát nechodící sádra pod koleno, ...“

R: „...protože nevíš diagnózu, teda víš, jestli je to ruka nebo noha, ..., ale nevíš, jestli to je femur, petrochanter, subtrochanter a tak,“

Také další označování pacientů nevyznívá ve prospěch sester, protože působí degradujícím způsobem.

R: „... jsem třeba u nějaký babči, ...“

R: „... jdeš tam a děda na druhym konci...“

R: „... vedle něj ten mladoch...“

R: „... vedle chlápek na extenzi skuhrá...“

R: „...lítáme kolem takovýhle pipiny, ...“

Traumatologie = chaos

Při popisu péče, kterou na oddělení sestry poskytují, ji Pavlína přirovnává k chaosu, což vysvětluje důvody jako nedostatek personálu, špatný systém péče, skladbou a počtem pacientů.

R: „Že je to prostě, víš co, vid!, no, je to někdy chaos....., prostě je nás tu málo a nezvládá se..... Jedna holka, při štěstí dvě a sanitáři to se nemůže zvládnout víc, než holej základ.....“

R: „Že je to tu blbě zařízený, myslim systém péče, je nás tu strašně málo na takovýhle oddělení.....“

R: „Ale když tu máš devětadvacet lidí, z toho PĚTADVACET LEŽÁKŮ a tři sestry na den, to je prostě BRUTALITA.“

„Nej“ sestry

Pavlína zprvu péči popisuje v zásadě negativně. Ze srovnání s ostatními odděleními ale vychází najevo, že péče, lépe řečeno práce sester a jejich pracovní nasazení je přinejmenším chvályhodné.

R: „ No ale na tý septice ty holky, mě přide, že na to kašlou. Zvonek tam řinčí třeba 10 minut a nic se neděje. Chápeš to? S nima to ANI NEHNE. Tady letíme, div se nepřerazíme.“

R: „Tak to je myslim dobrý nebo víc než dobrý. No asi protože se těm lidem fakt věnujem, myslím i doprovodu.“

R: „... Když to srovnám i s praxí na zdrávce na cháře a tak, myslim si, že fakt pro ty lidi děláme hodně.“

Pavlína při líčení práce použila jako názorný příklad, na kterém ukazuje, že sestra se musí starat i o pacienty, kteří jí nemusí být zrovna sympatičtí a kteří by až takovou péči nepotřebovali.

R: „...Vlastně zdravá holka, akorát nechodící sádra pod koleno, hubená nebo prostě není tlustá a vona tím zadkem nehne. A eště je nepříjemná, nic jí není dobrý! Že jí to není blbý? No a to lítáme kolem takovýhle pipiny, která nechápe, když jí řekneš, že by bylo dobrý, aby změnila polohy, když už nechce chodit, a tak že může třeba ležet na boku, aby si neodřela zadek. A ona tě div neseřve, že snad je tvoje práce se o ní starat. A nepodá si ani pití... Kdyby měla bolesti, tak neřeknu ani popel, ale tohle je fakt roztáhlost! ... A zabírá tu místo akuťákům. Mohla by klidně na sport, ale tam jí P. nechce, kvůli tomu jaká je!“

Výjimečná „traumačka“

Během celého rozhovoru převažovala chvála oddělení, jako pracovní jednotky, kde Pavlína působí. V předešlém textu je uvedeno srovnání traumatologie s jinými pracovišti a práce traumatologických sester se může zdát až bezchybná. I z popisu dalších činností „traumačky“ vyplývá určitá Pavlínina hrdost na své působiště. Naskytá se zde otázka, zda si své zaměstnání příliš neidealizuje.

R: „Vem si jenom dekubity. Ještě že se to hlídá a monitoruje. To se taky zavedlo tady, ne?“

R: „A B. se docela snaží zajišťovat dobrý materiál.(...) A obhájí si to, myslím, kvůli penězům. ... A ani jsem nikde jinde neviděla že by se to zapisovalo do hlášení, tedy tady na baráku.“

Činnosti

Spektrum činností, které se v tomto 20 minutovém rozhovoru objevily je opravdu široké. Lze předpokládat, že zde nejsou vyjmenovány zdaleka všechny úkony, které sestry na traumatologii vykonávají.

Poměrně častým fenoménem je, že Pavlína během popisování chodu oddělení a vykonávaných činností mluví v množném čísle a zmiňuje ostatní personál, tedy další sestry ve směně, lékaře a sanitáře. Dá se tedy usuzovat na týmovou práci.

R: „Voláš na sanitáře, jenže babča se nenatočí, takže to musíte dělat dva.“

R: „...ze sesterny volá ta, co dělá papíry, že si máme jet dolu s vanou,... , nikdo nemá čas, tak tam s tebou jede ona, tím pádem jí stojej papíry...“

R: „Když deš večer vizitu s doktorem...“

Pavlína jmenuje činnosti, které můžeme rozdělit na odborné a neodborné.

Mezi odborné patří např. podávání antibiotik, aplikace injekcí, příjem pacientů, psaní hlášení, prevence dekubitů, natáčení EKG, odběry krve.

R: „...dávám jí třeba heparin nebo něco a vidím, že se pere se skleničkou a brčkem, tak si řeknu, že dám vedle na pokoji kapat antibiotika a pak jí donesu flašku.....“

R: „... Páteře stejně přijímáme my,....“

R: „Mažem a polohujem ty starý nebo ležáky,.....“

R: „Papíry dopíšeš před hlášením aby se mohlo napíchat a po hlášení to stejně musíš celý znova projet, protože ti tam dopíší spoustu věcí na druhý den.“

R: „...volá laborka, že to přišlo zdrčenutý, takže deš a znovu ho nabíráš. Pak přijde interna, zhrozí se nad kardiogramem a co ty uděláš, jdeš to znovu natočit....“

Neodborné činnosti, které sestry vykonávají, jsou zde uvedeny, např. vožení pacientů kouřit, nošení podložních mís, vyřizování telefonátů, mytí pacientů.

R: „...takže jedeš sama s vozejkem tomu klukovi na cigáro, ...“

R: „...babča chce mísu, letíš pro ni,....“

R: „Takhle jedna píše a dělá telefonistku, kam se hrabe Mrázek ústředna....“

R: „ ...že je nejdřív vezmem do sprchy a tam jim sestřička pomůže se umejt, ...“

Ocenění

Několikrát se v rozhovoru Pavlína zmiňuje o ocenění ze stran pacientů a o důvěře lékařů. Ze způsobu, jako tom hovoří vyplývá, že to nebere jako samozřejmost a pochvala pacientů ji těší.

R: „...že si tady na to doktoři zvykli a věděj, že se na nás můžou spolehnout.“

R: „A ty lidi to viděj. Kolikrát ti řeknou, jak to tu můžem zvládnout. A chválej nás, když dou dolu na kontrolu, tak se tu zastavěj, přinesou bombošku, posílaj dopisy a tak,“

Pavlína poukazuje i na stinnou stránku pochval pacientů, které slouží jako jeden z argumentů vedení, proč se současný systémem ošetrovatelské péče na traumatologii nemění.

R: „Oni vědí, že se nám to nelíbí (pozn. vedení nemocnice systém poskytované péče),... a pak ty děkovný dopisy s ódama na sestřičky. V tomhle kontextu bych to těm lidem zatrhla, aby to psali. Ale potěší to, vid’?“

Traumatologie v hlavě

Podle Pavlínina vyprávění povolání všeobecné sestry nepatří, alespoň v jejím kolektivu, mezi ty, při kterých odchodem ze zaměstnání vypouštíme z hlavy všechny myšlenky týkající se práce. Naopak udává, že teprve doma si občas uvědomí, co zapomněla udělat nebo říci kolegyním. A nejen ona, ale stává se to i ostatním sestřím.

R: „...a ve finále, kdy si vzpomeneš na tu babču s flaškou? Bud’ doma nebo....“

R: „...a ty telefony večer ... No telefony, čau zapomněla jsem ještě u tamtoho todleto nebo ti říct, že tamten má mít tamto, a tak. Dyť víš.“

Pacient, jak se cítíš?

Tato otázka není na oddělení všeobecné traumatologie žádné tabu. Během rozhovoru s jednou ze sester se objevila hned několikrát. Zde není na místě hodnotit práci sester nebo jejich osobnostní předpoklady pro tuto profesi, ale právě tento způsob myšlení můžeme považovat za jakýsi základ lidského přístupu zdravotníků k pacientům, samozřejmě vedle odbornosti.

R: „...ale na druhou stranu záda mažem i mladejm, když to vysloveně neodmítnou. Já bych ten kafr asi taky nesnesla.“

R: „...a to už ten pacient na tebe kouká fakt jak na cvoka, nehledě na to, že se bojí, když děláme všechno znova, že něco není v nepořádku.“

R: „...prostě řeknem co se děje. To si myslim je pro ně to nejdůležitější. Asi to zmírní takovou tu nejistotu a strach.....Prostě odhadnout, co kterej člověk v daný chvíli potřebuje a pokud je to jenom trochu možný, tak to pro něj udělat..... Ty bláho, musí bejt krutý čekat několik hodin na sál, víš co, když je těch úrazů hodně a štosuje se to. Ty jo, síla.“

Jde to dělat lépe?

Jak již bylo uvedeno, Pavlína hodnotí kladně práci a přístup sester na svém oddělení, nikoli však systém péče. Udává, že právě systém péče je příčinou nespokojenosti sester. Systém jde ruku v ruce s nedostatkem personálu. Vedení nemocnice ale argumentuje nedostatkem financí a měnit zaběhnutý systém, jak z výpovědi Pavlíny vyplývá, patrně zatím nezamýšlí.

R: „To že je nás málo a dá se to dělat jiným stylem je spíš věc vedení. Oni vědí, že se nám to nelíbí, že chceme změnu, ale oháněj se pořád tím, že nejsou peníze, víc sester si nemůžeme dovolit ...“

Dalším argumentem proti zavádění změn jsou děkované dopisy, které chválí práci sester. Ty mohou budit dojem, že když jsou spokojeni pacienti, je vše v nejlepším pořádku.

R: „...a pak ty děkovaný dopisy s ódama na sestřičky. V tomhle kontextu bych to těm lidem zatrhla, aby to psali.“

Mezi hlavní nedostatky, které s sebou, podle Pavlíniny, přináší tento systém péče, patří především nedostatek času. Sestry nemají o pacientech přehled, některé skoro neznají, nevědí diagnózy pacientů, provedené operační výkony. Také vedení dokumentace je nevyhovující.

R: „...prostě je nás tu málo a nezvládá se. Ty základní věci jo, jenže kolikrát je to takový jenom, aby to bylo, prostě odškrtnutý položky.“

R: „Všechno důležitý, prostě ordinace a taková ta rutina, co se tu denně dělá. Není to asi všechno, co by se mohlo, ale ten bazál je... je asi pár věcí, co by se mohlo, ale prostě na ně není čas.“

R: „Že je to tu blbě zařízený, myslím systém péče, je nás tu strašně málo na takovýhle oddělení.“

R: „Jenže by to stejně chtělo jinou dokumentaci. ...Furt to přepisování, to mě šíleně nebaví, reháčky a doktoři se ti v tom furt hrabou, papíry dopíšeš před hlášením, aby se mohlo napíchat a po hlášení to stejně musíš celý znova projet,....“

R: „....A to přepisování, to se tam může nasekat takovejch chyb.“

R: „...Příjmy, operanti, lidi z jipu. A TY TY LIDI VŮBEC NEZNÁŠ. Když deš večer vizitu s doktorem z jinýho oddělení, tak si připadáš jak z pomocný školy, protože nevíš diagnózu,....., ani výkony.“

Důsledkem tohoto nedostatku informací je, že sestry jsou fyzicky unavené a nespokojené s odvedenou prací. Nutí je to o práci přemýšlet i mimo zaměstnání v tom smyslu, co měly udělat jinak, aby to bylo dobře pro pacienta.

R: „...Všichni jsme tady z toho akorát urvaný a odcházíš s pocitem, (..) jak to říct, asi (.) nespokojenosti nebo nespokojení, prostě přemejšliší nebo spíš víš, co by se ještě mohlo udělat u toho a toho pacienta, aby to bylo podle tvech představ.“

Na závěr je uveden úryvek jedné Pavlíniny odpovědi, který zcela jasně reaguje na cíl daného výzkumu - zjistit jak hodnotí všeobecná setra péči, která je poskytována na výše uvedeném oddělení.

R: „Prostě děláme, co se dá... Nebo spíš děláme nemožný v tom systému, jakej tady je.“

Z Pavlínina barvitého vyprávění je patrné, že svému povolání přistupuje s vážností a zároveň s určitým nadhledem. Vidí problémy, které ztěžují práci sester na oddělení, uvědomuje si pravděpodobné příčiny, zmiňuje se také i o možném řešení a překážkách. O své práci přemýšlí i mimo zaměstnání a pacienty považuje, ona i kolegyně, především za lidské bytosti. Péči na traumatologii nepokládá za ideální, ale vyzdvihuje osobní nasazení sester pro jejich povolání.

Další možností, jak analyzovat kvalitativní data je práce s **časovými osami**. Z textu jsou vybírány klíčové události a údaje identifikující časové jednotky, které jsou zanášeny chronologicky do časové osy, která je tímto vytvářena.

Při metodě **vytváření trsů** se získané informace třídí na základě překryvu (podobnosti), např.:

- tematický překryv
- prostorový překryv
- časový překryv
- obsahový překryv

Je-li kvalitativní analýza zaměřena na identifikaci opakujících se témat či struktur v získaných datech, je tento postup označován jako metoda **zachycení vzorců**.

Metoda **srovnávání** se používá při hledání rozdílů a společných znaků u dvou či více případů (např. porovnání použití odlišných ošetřovatelských modelů v rámci ošetřovatelské péče o pacienty s určitou diagnózou).

Jak již bylo uvedeno, stěžejní technika analýzy dat kvalitativního výzkumu je kódování.

Rozeznáváme několik druhů:

- **otevřené kódování**

- základní metoda
- proces rozebírání, zkoumání, porovnávání, kladení otázek a kategorizace údajů
- způsoby provádění otevřeného kódování:
 - řádek po řádku
 - po větách /odstavcích
 - celý dokument (výzkumník si klade otázky – „Co je zde popsáno?“. „Jak se tento dokument odlišuje od předchozích a v čem se podobá?“

Při analýze výzkumník pracuje se slovy (i obrazový materiál je nutné převést na slovní označení – pojmy), tedy s určitými **pojmy**. K tomu, aby bylo možné s množstvím získaných pojmů dále pracovat, je nutné je roztřídit.

Jev je označení, které charakterizuje určitou sekvenci (větu, odstavec, případ, myšlenku apod.) Během analýzy je třeba veškeré vyskytující se pojmy seskupit kolem identifikovaných jevů. Tento proces se nazývá **kategorizace**. Jinak řečeno, kategorizace je uspořádávání jednotlivých pojmů do kategorií (které jsou výzkumníkem vytvářeny), které náležejí podobnému jevu. Název kategorie definuje pojmový obsah. Skupiny pojmů jsou označovány subkategorie.

Technika **zvyšování teoretické citlivosti** je způsob, jak pracovat se získanými daty tak, aby bylo odkryto, co není na první pohled vidět, tedy co je v textu (obrazu) skutečně obsaženo. Jde o kladení otázek, analýzu slova, věty nebo úseku (co skutečně znamená, jaký má (může mít) význam, porovnávání jevů a tzv. mávání červeným praporem (tedy pomyslná výstraha před určitými výrazy jako např. „nikdy“, „vždycky“ nebo tvrzeními, která předpokládají obecné povědomí o daném jevu; výzkumník by měl při setkání s těmito výrazy přistoupit k další podrobnější analýze).

Techniky zvyšování teoretické citlivosti jsou velice důležitým prvkem analytické činnosti, a to především z následujících důvodů:

1. vyvedou myšlení výzkumníka z hranic odborné literatury a osobní zkušenosti
2. pomohou změnit způsob myšlení
3. podporují proces indukce

4. zaměřují výzkumníka na popisované informace tak, aby nepovažoval údaje za samozřejmé
5. umožňují odhalení podstaty domněnek lidí, kteří se objevují v daných údajích
6. pomohou nejen naslouchat vypravěčům, ale také odhalit, co řečeným mohou myslet
7. zabrání při analýze přehlédnout cenné informace
8. nutí výzkumníka klást si otázky a formulovat provizorní odpovědi
9. usnadňují provizorní označování
10. umožňují zkoumání a vyjasnění různých významů pojmů
11. pomohou nalézat v údajích vlastnosti a rozměry (STRAUSS, CORBINOVÁ, 1999)

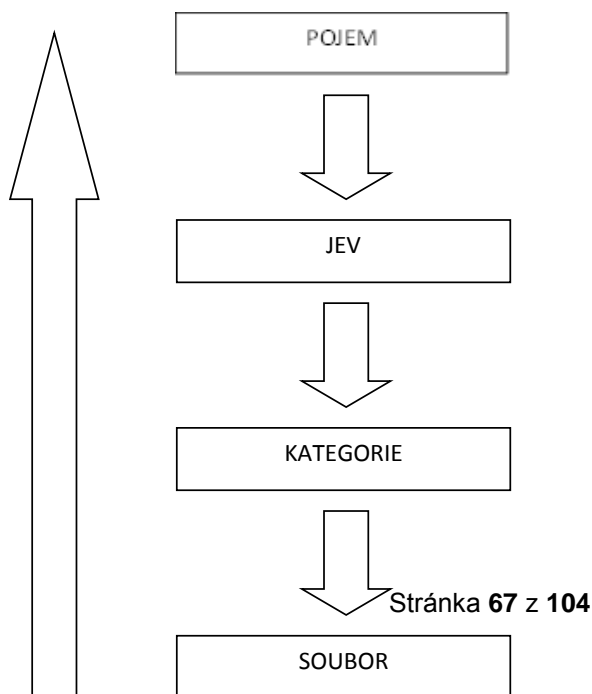
- axiální kódování

- proces, který navazuje na otevřené kódování
- konkrétnější určení jevu/kategorií
- analyzované údaje jsou přeskupeny pomocí vytváření nových spojení mezi kategoriemi
- pracuje s příčinnými podmínkami (příčiny vzniku určitého jevu), s kontextem, jednáním/interakcí a s následky popsaného jednání či interakce
- subkategorie jsou zpracovávány podle paradigmatického modelu, který lze zjednodušeně pospat:
„(A) PŘÍČINNÉ PODMÍNKY → (B) JEV → (C) KONTEXT → (D) INTERVENUJÍCÍ PODMÍNKY → (E) STRATEGIE JEDNÁNÍ A INTERAKCE → (F) NÁSLEDKY“
 (CORBINOVÁ, STRAUSS, 1999, s. 72)

- selektivní kódování

- proces, při kterém je vybrán ústřední jev (centrální kategorie), který je následně systematicky vztahován k ostatním kategoriím

Dalším příkladem analýzy kvalitativních dat je **vícestupňové kódování**, které je znázorněno na obr. 8 Grafické znázornění vícestupňového kódování. Jedná se o proces přiřazování jednotlivých pojmů k jevům, které jsou následně shlukovány do kategorií. Jednotlivé kategorie jsou přiřazovány ke stanoveným souborům. Vícestupňové kódování je blíže vysvětleno na níže uvedeném příkladu analýzy polostrukturovaného rozhovoru.



Obr. 8
Grafické
znázornění
vícestup
ňového
kódování

Zdroj: autor

Analýza polostrukturovaného rozhovoru – příklad

Přepis polostrukturovaného rozhovoru (s barevným znázorněním kódování) – viz 7.2
Sběr dat.

V odpovědích respondentů na otázky týkající se profesionality (co ji ovlivňuje, jak se vytváří) se objevovaly pojmy (proměnné): „umí psychiatrii“; „má na to školu“.....)

Pro jednodušší orientaci ve zpracovávaných informacích byly tyto pojmy seřazeny podle dalších specifik do jednotlivých jevů: odborná škola, všeobecný přehled, kontinuální vzdělávání.

Následně byly tyto jevy sjednoceny do kategorie vzdělání.

Jednotlivé kategorie byly poté rozděleny do stanovených souborů. V tomto případě byla kategorie vzdělání zařazena do souboru vlivy působící na profesionalitu.

V případech, kdy odpovědi respondentů byly kategoriální (měly dané vlastnosti), došlo k přímému seskupení pojmů do jednotlivých kategorií (s vynecháním složky „jev“). Např. soubor atributy profesionality psychiatrické sestry obsahuje mimo jiné přímo kategorie registrovaná sestra, teoretické znalosti, praktické dovednosti a decentní vzhled.

Seznam jednotlivých souborů a přiřazených kategorií s barevným kódováním:

1. Význam pojmu profesionalita

- odbornost

2. Vlivy působící na profesionalitu

- Vzdělání

- osobnostní předpoklady

- management

- organizační kultura

3. Atributy profesionality psychiatrické sestry

- cit pro psychiatrii

- adaptace na pracovišti

- kladné vlastnosti

- RS²

- teoretické znalosti

- praktické dovednosti

- decentní vzhled

4. Etické problémy v psychiatrickém ošetřovatelství

- nedostatek soukromí pacientů

- zachovávání lidské důstojnosti

- bezpečnost

- poskytování informací

5. Projevy etického přístupu všeobecných sester na psychiatrii

- úcta k pacientům

- ne/dodržování předpisů

- profesionální chování

² RS – registrovaná všeobecná sestra (způsobilá pracovat bez odborného dohledu)

V kvalitativním výzkumu se také setkáváme s **analýzou dokumentů**. Postupy analytické činnosti opět využívají kódování.

Při analýze je důležité rozlišit, zda se jedná o primární dokumenty (úřední záznamy, protokoly apod.) a dokumenty sekundární (vznikají zpracováním primárních dokumentů). U sekundárních dokumentů je nutné počítat s nižší mírou důvěryhodnosti údajů.

Vlastní analýza vychází především z porozumění zkoumaných dokumentů. Není-li předem jasně stanoveno, které údaje jsou požadovány, lze se pro zorientování v dokumentech zaměřit na následující oblasti:

- autorství
- stáří dokumentu
- obsah/důvod vytvoření dokumentu
- spojitosti (s jakými souvislostmi je spojen)
- věrohodnost
- zachovalost/úplnost
- získaná fakta/závěry

Analýza kvalitativních dat je do jisté míry subjektivní proces, který každý výzkumník provádí dle svého chápání zjištěných skutečností a přístupu.

I jednotlivé metody, i když jejich jednotlivé kroky jsou metodologicky popsány, umožňují výzkumníkovi „uchopit analýzu po svém“.

Při analýze kvalitativních dat je potřebné, aby výzkumník pracoval skutečně postupně, přestože se mohou analytické činnosti zdát zdlouhavé a pracné. Zároveň by se měl neustále snažit o co největší objektivitu.

Literatura:

CORBINOVÁ, Juliet, Anselm SRTAUSS. *Základy kvalitativního výzkumu. Postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Albert, 1999. ISBN 80-85834-60-X.

DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Příručka pro uživatele. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0139-7.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum. Základní teorie, metody a aplikace. Druhé, přepracované a aktualizované vydání*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-485-4.

7.4 Interpretace

Interpretace kvalitativních dat, stejně jako kvantitativních (viz 6.4 Interpretace), umožňuje zprostředkovat výsledky výzkumu a způsobu či logiky jejich chápání.

Při zpracovávání závěrečné zprávy kvalitativního výzkumu je vhodné postupovat tak, že se výzkumník opírá o strukturu zpracování závěrečné zprávy nebo výstupů. Pokládá a současně si odpovídá na otázky, tak aby výsledný text byl srozumitelný a zahrnoval veškeré relevantní údaje.

V rámci kvalitativního výzkumu se setkáváme také s popisem činností výzkumníka, kontextu výzkumu a různými podrobnostmi, které celý výzkumný proces dokresluje.

Struktura závěrečné zprávy je pouze určitým vodítkem, které výzkumníkovi pomáhá popsat veškeré relevantní údaje a může se lišit v závislosti na zaměření výzkumu.

Struktura zpracování závěrečné zprávy (s anonymizovanými příklady):

a) Název

b) Úvod

- zdůvodnění výzkumu
- přehled dosavadních poznatků
- obecný přehled literatury se vztahem k tématu či autorů zabývajících se danou problematikou
- určení výzkumné otázky a případně dílčích výzkumných otázek

Příklad:

Problematika etiky v profesionálním chování sester v péči o psychiatrické pacienty

Obor psychiatrie se v posledních několika málo desetiletích velice rychle rozvíjí a to zejména proto, že stále přibývá lidí, kteří jsou postiženi psychickou poruchou nebo pociťují psychický diskomfort a vyhledávají odbornou pomoc.

Zatímco historicky byla psychiatrická péče především azylová, v současnosti se rozvíjejí nové formy pobytové nebo ambulantní péče a především péče komunitní. V návaznosti na tyto změny je věnována pozornost také psychiatrickému ošetřovatelství.

Práce všeobecných/psychiatrických sester (dále jen sester) je hodnocena nejen odborníky, ale také laickou veřejností. Zejména je hodnoceno chování a přístup k nemocným, případně k jejich rodinám.

Současná společnost klade velký důraz na profesionalitu a profesní etiku. V oblasti zdravotnictví, tedy i psychiatrie, jsou tyto tendence také patrné. V ošetřovatelské literatuře se často setkáváme s pojmem profesionalita, který bývá nejčastěji vysvětlen jako odbornost v daném oboru. Toto vysvětlení je přinejmenším široké a naskýtá prostor pro různorodou interpretaci.

V souvislosti s profesionalitou ve zdravotnictví narážíme současně na problematiku etiky, a to nejen prostřednictvím etických kodexů a etických komisí, ale i běžným, často nevědomým, řešením dilematických situací a především již zmíněným chováním a přístupem k pacientům, kolegům a profesi obecně.

c) Metodologie

- obecný popis výzkumné strategie a použitých metod

Tato část bývá dále strukturována do samostatných podkapitol:

1) výzkumník

- informace o teoretických zájmech výzkumníka v souvislosti s daným výzkumem
- informace o výzkumníkových zkušenostech v dané oblasti

2) vstup do terénu

- jakým způsobem bylo umožněno výzkumníkovi navázat kontakt se zkoumaným prostředím
- Gate keeper
- popis potřebných povolení (např. etické komise, vedení dané organizace apod.)

3) subjekty/objekty výzkumu

- počet účastníků výzkumu (respondentů/pozorovaných jedinců) nebo analyzovaných dokumentů
- popis zúčastněných subjektů/objektů

- počet odmítnutí nebo vyřazených dokumentů
- zdůvodnění odmítnutí/vyřazení
- způsob získávání účastníků výzkumu nebo dokumentů
- popis získávání souhlasu s účastí ve výzkumu nebo provedení výzkumu

4) prostředí

- popis místa
- popis situace/jevu/procesu
- popis kontextu realizace výzkumu

5) metody sběru dat

- popis užitých metod sběru dat
- odůvodnění výběru dané metody
- popis použitého technického vybavení
- popis role výzkumníka

6) analýza dat

- organizace dat
- popis analytických procedur
- odůvodnění volby způsobu analýzy dat

7) zajištění kvality

- popis technik vedoucích ke zvýšení validity výsledků

8) změny průběhu výzkumu

- popis změn v průběhu výzkumného procesu oproti projektu výzkumu
- odůvodnění změn

9) etické aspekty

- popis souvisejících a vyplývajících otázek
- popis způsobu získávání souhlasů s účastí ve výzkumu
- povolení etické komise

d) Výsledky

- popis výsledků
- vysvětlení dat
- chronologický popis událostí/jevů
- podrobný popis jednotlivých témat či dílčích otázek
- zařazení přepisů rozhovorů nebo terénních
- propojení výzkumných otázek a výsledků

Příklad:

Výzkumník byl v době realizace výzkumu v pracovním procesu v daném zdravotnickém zařízení na pozici staniční sestry. Tato situace přinášela kladné i záporné stránky.

Jako negativum lze uvést, že výzkumník byl nucen klást velký důraz na dodržování role nezaujatého výzkumníka.

Naopak mezi pozitiva patřil snadný přístup a pohyb po celém zdravotnickém zařízení, znalost postupů a vztahů v dané organizaci, což přispělo k rychlému postupu

výzkumu. Jako další klad lze označit ochotnou spolupráci respondentů a v neposlední řadě i znalost slangových výrazů.

Vzhledem k tomu, že bylo potřebné získat informace o povaze odbornosti dané profese, byly osloveny sestry, které pracují na psychiatrii a znají problematiku jak ošetrovatelství obecně, tak i specifika psychiatrie. Respondenti byli sestry a všeobecní ošetrovatelé pracující v těchto psychiatrických zařízeních:

Respondenti, kteří nebyli v zaměstnaneckém poměru v ..., poskytli rozhovor během své stáže nebo odborné praxe v rámci studia, které v daném zdravotnickém zařízení probíhaly.

Studie se zúčastnilo celkem 94 respondentů, z toho 13 mužů a 81 žen.

Jejich věkový průměr činil 44 let.

8 sester nemělo zkušenosti ze somatického pracoviště.

Před zahájením vlastní studie bylo nutné získat povolení od vedení daného zdravotnického zařízení, které požadovalo tyto informace:

- důvod výzkumu
- cíl/e výzkumu
- popis respondentů
- způsob zachování anonymity respondentů
- metody sběru dat
- potřebné technické (audio/ video a jiné) pomůcky

Jako způsob zajištění kvality provedeného výzkumu bylo odborné vedení a konzultace s

Na základě informací o cíli studie a způsobu sběru dat bylo toto povolení vedením daného zdravotnického zařízení poskytnuto.

Prvních 6 rozhovorů bylo nahráno na diktafon a poté byl proveden přepis rozhovorů. Z důvodu doporučení vedení daného zdravotnického zařízení nebyly další rozhovory již nahrávány, ale byly zaznamenávány pomocí poznámek pořizovaných v průběhu rozhovoru.

Rozhovory probíhaly v pracovně staniční sestry nebo v šatně personálu, vždy tak, aby bylo zaručeno soukromí a klid. Každý z respondentů byl předem srozuměn s účelem rozhovoru, o anonymitě účastníků studie a důvěrnosti informací a poskytl souhlas s nahráváním rozhovoru, později s pořizováním poznámek během hovoru.

Základní otázka pro tento kvalitativní výzkum byla definována: Co je obsahem pojmu profesionální chování zdravotních sester v péči o psychiatrické pacienty v souvislosti s problematikou etiky?

S ohledem na šíři výzkumného cíle byly stanoveny následující dílčí otázky, které tvoří základ polostrukturovaného rozhovoru:

- Co si představíte pod pojmem profesionalita?
- Co profesionalitu ovlivňuje?
- Co považujete za profesionální chování sestry na psychiatrii?
- Jak můžeme odlišit co je a co není profesionální?
- Jak se profesionalita vytváří?
- Jaký je váš ideál profesionála sestry? Proč právě ona/on?
- Co považujete za etický problém v psychiatrickém ošetrovatelství?

- Jak se projevuje etický přístup sestry v péči o psychiatrické pacienty?

Nahrané rozhovory byly přepsány a následně okódovány (barevně odlišeny podle předem stanoveného klíče), stejně jako zápisky pořizovaných rozhovorů. Veškerá dokumentace spojená s tímto výzkumem je uschována na sekretariátu vedení daného zdravotnického zařízení.

Na základě analýzy všech rozhovorů byly stanoveny pro další zpracování tyto soubory:

1. Význam pojmu profesionalita
2. Vlivy působící na profesionalitu
3. Atributy profesionality sestry pracující na psychiatrii
4. Projevy etického přístupu sester na psychiatrii
5. Etické problémy v psychiatrickém ošetřovatelství

Příklad přepisu rozhovoru se znázorněním kódování – viz 7.2 Sběr dat

Následně byla použita metoda vícestupňového kódování, při které byly jednotlivé proměnné shlukovány do jevů, které byly přiřazovány do souborů a na jejichž základě byly stanoveny jednotlivé kategorie.

Příklad: V odpovědích respondentů na otázky týkající se profesionality (co ji ovlivňuje, jak se vytváří) se objevovaly proměnné: „umí psychiatrii“; „má na to školu“....)

Pro jednodušší orientaci ve zpracovávaných informacích byly tyto proměnné seřazeny podle dalších specifik do jednotlivých jevů: odborná škola, všeobecný přehled, kontinuální vzdělávání.

Dále byly tyto jevy sjednoceny do kategorie „vzdělání“.

Jednotlivé kategorie byly poté rozděleny do stanovených souborů, v tomto případě byla kategorie „vzdělání“ zařazena do souboru „vlivy působící na profesionalitu“.

V případech, kdy odpovědi respondentů byly kategoriální (měly dané vlastnosti), došlo k přímému seskupení proměnných do jednotlivých kategorií (s vynecháním složky „jev“). Např. soubor „atributy profesionality psychiatrické sestry“ obsahuje mimo jiné přímo kategorie: registrovaná sestra, teoretické znalosti, praktické dovednosti a decentní vzhled.

Ad 1, 2 – Význam pojmu profesionalita, Vlivy působící na profesionalitu

Příklad stručného komentáře:

„Profesionalita“ (odbornost) sester je dle výsledků výše uvedeného výzkumu ovlivněna: vzděláním, osobnostními předpoklady, managementem a organizační kulturou.

Mezi jevy související s kategorií „vzdělání“ sester patří vystudování odborné školy. Po přijetí zákona o nelékařských zdravotnických povoláních v roce 2004 (zákon 96/2004 Sb. v jeho pozdějších zněních), je nutné pro výkon povolání sestry vystudovat vyšší odbornou nebo vysokou školu. Vzdělávání na třetím školském stupni poskytuje prostor pro získání většího všeobecného přehledu, který také respondenti zmiňovali jako jeden z atributů vzdělanosti. Stejně tak i kontinuální vzdělávání.

Další kategorie vyplývající z výzkumu je označena jako „osobnostní předpoklady“. V ošetřovatelské literatuře se setkáváme s celou řadou prací, které popisují jaké

osobnostní předpoklady má sestra mít. Jde především o sociální inteligenci, estetické citění, intelektové vybavení, manuální zručnost apod. Je evidentní, že veškeré tyto vlastnosti profesionalitu sester ovlivňují.

Do kategorie „management“ spadá: vedení staniční sestry, standardy a vyšší management. Tyto jevy ovlivňující profesionalitu sester úzce souvisí s kategorií „organizační kultura“, která je, dle respondentů, určována: vybaveností, pracovním prostředím a chováním zdravotnického týmu. Staniční sestry jsou představitelkami liniového managementu, který nejvíce ovlivňuje nejen pracovní výkony jednotlivých sester, ale také sociální pracovní prostředí a vybavenost pracoviště, tedy i organizační kulturu daného oddělení. Ošetřovatelské standardy stanovující minimální úroveň poskytované péče a různá nařízení nebo pokyny vyššího managementu také přispívají k formování výkonu sester.

Příklad komentáře s využitím argumentace pomocí úryvků transkriptu:

Soubor: Význam pojmu profesionalita

Kategorie: odbornost

Pojem profesionalita všichni respondenti shodně označili za odbornost.

(příklad: „...že člověk profesionál je jako na něco v odborník,“; „Profík je odborník na slovo vzatý.“; „... Máhlejt z odborný školy, a tak se stává odborníkem,...“)

Soubor: Vlivy působící na profesionalitu

Kategorie: Vzdělání

Ve všech odpovědích se objevuje zmínka o vzdělání. Nejedná se pouze o vystudování odborné školy, ale i o získání dostatku informací v konkrétním oboru a v neposlední řadě o kontinuální vzdělávání. Dále vyplývá, že je pro profesionála v ošetřovatelství nutný také přesah základních informací i z jiných medicínských oborů a všeobecný rozhled.

Dle respondentů by všeobecná sestra v psychiatrii měla mít vzdělání v odborných předmětech (např. ošetřovatelství, vnitřní lékařství, chirurgie, neurologie), v psychologii, měla by se orientovat v sociálních otázkách a legislativě. Veškeré tyto obory jsou součástí odborné školní přípravy všeobecných sester.

(příklad: „...má školu na to co dělá...“; „...mám titul, tak bych to měl vědět...“; „...znát ty nemoce...“; „...ví, co má dělat...“; „...umí to jako řemeslo...“ „...umí zhodnotit a popsat stav pacienta...“; „...umí psychiatrii... a taky farmačku...“; „Psychiatrická sestra umí všechno..., třeba internu, chirurgii, ortopedii,... aspoň trochu.“; „Měly bysme vědět něco asi hlavně z interny a chíry,...“; „... umí vést komunity...“; „... je si jistá v kramflecích u standardů...“; „K tomu, aby byl člověk profesionál, tak musí mít vystudovanou odbornou školu.“; „... měla by vědět i věci, který se zdravotnictvím nesouvisej.“ „...určitě nějaký základy z práva a psychologie, jo a taky bysme měli vědět něco o historii, jako odkud jdeme, jako ten směr.... ošetřovatelství.“; „... Musíme se aspoň trochu orientovat v sociálních otázkách, jako třeba neschopenky a tak a možná trochu zákony aspoň vědět, že něco takového existuje, jako předpisy.“; „Všeobecně rozhled musí mít každej středoškolák, natož bakalářky!“; „... všeobecně rozhled...“; „... asi ta registrace člověka nutí chodit na přednášky a tak se chtě nechtě něco nového dovíš.“)

Kategorie: Osobnostní předpoklady

Z rozhovorů je evidentní, že vlastnosti všeobecných sester jsou považovány za velice důležitou složku profesionálního chování. Jedná se o rysy, které se většinou nedají naučit, jako je inteligence, pracovitost a dále preciznost, trpělivost apod. Je zřejmé, že osobnost člověka ovlivňuje veškeré jeho jednání, chování a má vliv např. na využití nabytých znalostí, v tomto případě tedy na kategorii vzdělání.

(příklad: „...plnit dobře povinnosti...“; „...předvídat...“; „... inteligentní...“; „Ochotná.“; „... empatická...“; „...pracovitá a jako čestná.“; „...máš vloh...“; „...je trpělivá...“; „... chytrá...“; „...má pod čepicí...“; „Rychle se rozhoduje a reaguje...“; „...musí dokázat přiznat, že něco neví a nebát se zeptat!“; „Sestra nesmí být kňuhňa. Taková ta mouchy snězte si mě.“; „Profíkovi nemusíš nic říkat!“; „Nesmí být líná, musí umět kmitat a hlavně přesně!“)

Kategorie: Management

Profesionalita je také ovlivňována stylem řízení, vedoucím pracovníkem daného oddělení, který určuje jaké chování je na pracovišti přípustné. Režim oddělení, styl práce a způsob komunikace jsou záležitosti, které se odvíjejí od vedoucích pracovníků a ovlivňují podřízené všeobecné sestry.

Nejčastěji (98 %) bylo zmíněno vedení staniční sestry, jako přímého nadřízeného, které dle respondentů nejvíce ovlivňuje činnost řadových všeobecných sester.

(př. „...sestry to dělaj podle toho, jak chci na mym baráku já...“; „... vychovat dobrá sestra...“; „...jde o přístup shora...“; „... měl by být příklad u nadřízeného.“; „... to spadne na staniční a ty si už formujou ty svoje ovečky podle svého.“; „...jsou rozdíly mezi jednotlivěma odděleníma, i když maj stejný zaměření,... je to podle toho, jak to vede staniční, ...ta určuje co a jak...“)

Dalším klíčovým faktorem, který má vliv na profesionalitu, jsou standardy ošetrovatelské péče. Tyto standardy stanovuje zdravotnické zařízení, pro které jsou závazné. Standardy ošetrovatelské péče určují minimální úroveň konkrétních ošetrovatelských úkonů či poskytovaných služeb.

(př. „...jsou daný pravidla, kterejch se musíme držet a taky standardy nám říkaj jak co máme dělat. ...“; „... audity standardů jsou dobrý, aspoň je daná laťka jak to u nás má vypadat, ... abychom to dělali všude tak nějak stejně... , hlavně dobře“)

4 % respondentů uvedlo jako faktor působící na profesionalitu vyšší management (vrchní, hlavní sestry, ředitelé), který stanovuje pravidla pro širší okruh zaměstnanců. *(příklad: „Hlavní udá nějak směr, jak si to asi na ředitelství představujou...“)*

Kategorie: Organizační kultura

Pojem organizační kultura zahrnuje pracovní prostředí a atmosféru na daném pracovišti. Vzájemné chování kolegů v rámci celého týmu, včetně lékařů, ovlivňuje přístup všeobecných sester k pacientům.

Respekt a důvěra lékařů vůči všeobecným sestrám umocňuje jejich pocit samostatnosti a nezastupitelnosti v diagnostice a léčbě pacientů, což kladně působí na jejich profesionální výkon.

Nezastupitelnou roli má i příklad chování jak přímých nadřízených, tak i ostatních všeobecných sester. Nově příchozí všeobecná sestra se přizpůsobuje celému kolektivu a přebírá užívané vzorce chování.

(příklad: „ ... příklady sváděj, takže když se někde hezky chovaj k lidem, jsou ochotný, tak to přebíraj i ty druhý a naopak.“; „... jak je to na tom konkrétním oddělení a jak se k tobě chovaj ostatní a doktoři, jestli tě berou,...“)

Podle respondentů také příjemné a moderně vybavené pracoviště dodává všeobecným sestřám pocit větší prestiže povolání a považují se více za profesionály, a v této souvislosti pak přizpůsobují i své chování.

(příklad: „...chová se podle toho, jak to na baráku vypadá ...“; „... i prostředí dělá hodně, líp se asi člověk chová třeba v moderním špitále, asi to víc tak nějak svádí...“; „...moderní a dobrý vybavení taky dělá svoje... když třeba používám ty nový kurty, ať už k fixaci nebo k omezení, tak se cejtím líp a tím jsem asi i na ty lidi příjemnější...“; ty nový fixační udělátka do křesel, to je super, ty lidi na gerontech už nevypadaj tak blbě, když v těch křeslech nejsou přivázaný třeba prostěradlami, ale maj ty modrý vestičky a navíc je to i bezpečnější a já si nepřipadám jak krotitel divý zvěře, ale jako zdravotník.“)

Ad 3 – Atributy profesionality sestry pracující na psychiatrii

Příklad stručného komentáře:

Na výše uvedené „osobnostní předpoklady“, jakožto kategorie ovlivňující profesionalitu, navazují znaky profesionální psychiatrické sestry (Atributy profesionality psychiatrické sestry). Jde o všeobecně užívané znaky, jako: adaptace na pracovišti, odborné teoretické znalosti (s teoretickými znalostmi souvisí i připravenost sester uznat svou neznalost a přehled/povědomí o možnostech, jak potřebné informace získat) a dovednosti, způsobilost k výkonu povolání bez odborného dohledu (registrace sester), kladné vlastnosti a decentní vzhled.

Problematikou vhodných vlastností sester se již po mnohá desetiletí zabývá řada odborníků jako např. Mellanová (1999), Bártlová (2002), Zacharová (2007) a další. Respondenti během rozhovorů vyjmenovali celkem 87 vlastností, které byly následně sloučeny do následujících rysů (řazeno od nejčastěji k méně zastoupeným): empatická, trpělivá, šikovná, rychlá, ochotná, příjemná, inteligentní, budící respekt, pečlivá, komunikativní, pohotová, kolegiální, důsledná, obětavá, objektivní, důvěryhodná, pokorná.

V souvislosti s kategorií „decentní vzhled“ respondenti uváděli, že profesionální sestra by měla také dobře vypadat. Každá sestra nejen svým projevem, ale právě také svým vzhledem reprezentuje profesi. Sesterská uniforma má nejen ochranou, ale také např. estetickou funkci.

Vzhledem k faktu, že se sestry pacientů dotýkají, hovoří spolu o intimních záležitostech atd., je důležité, aby byla sestra upravená a vyvolávala tak v pacientech pocit důvěry. Setkání se sestrou, která je přehnaně nalíčená apod. může vzbudit dojem, že její práce není její prioritou nebo že se bude některých výkonů štítit. Tento obraz nevyvolává důvěru a tím i ničí představu profesionality. Také neupravená sestra kazí dojem profesionála a v extrémních případech může navodit až nedůvěru pacientů.

Kromě výše uvedených „atributů profesionality sester“, výzkum poukázal na další znak, který sestru pracující na psychiatrii posunuje na profesionální úroveň. Jedná se o kategorii „cit pro psychiatrii“, která je v 91 % odpovědí přímo označena za určující faktor ovlivňující profesionalitu psychiatrických sester. Respondenti ve 100 %

zmiňovali proměnné „něco“; „psychiatrický čuch“ apod. Z odpovědí vyplývá, že sestru pracující na psychiatrii, která nedisponuje touto kategorií, nelze považovat za profesionála.

Příklad komentáře s využitím argumentace pomocí úryvků transkriptu:

Kategorie: Cit pro psychiatrii

Respondenti dále v 100 % zmiňovali proměnné „něco“; „psychiatrický čuch“ apod. Při bližším porovnání těchto proměnných byly zařazeny do kategorie „cit pro psychiatrii“.

(příklad: „Má ten správnej psychiatrickej čuch.“; „...má to něco, co na psychiatrii musíš mít.“; „Předvídá, co ten pacient asi udělá.“; „... ví, co udělá (pacient), dřív než on sám!“; „...prostě to s nima (pacienty) umí.“; „...bez toho (lusknutí prsty) se na psychiatrii kloudně neobejdeš...“); „ a to je to něco navíc Takový to psychiatrický.“)

V 91 % odpovědí je „cit pro psychiatrii“ považován za určující faktor ovlivňující profesionalitu psychiatrických sester. Z odpovědí vyplývá, že sestru pracující na psychiatrii, která nedisponuje touto kategorií, nelze považovat za profesionála.

(příklad: „... může bejt sebeúžasnější, ale když nemá to něco, tak jí to tady časem sežere a je k ničemu.“; „Může mít třeba sto titulů, může bejt ušlechtilost sama, ale když v tom nebude umět tady chodit, tak je tu k ničemu.“; „... když to nemá, tak si může jít rozdávat prášky na internu, tady je taková sestra nanic.“; „... no a když ten čuch nemá, tak je jakoby tu nebyla...“; „To něco je zásadní. ... Profík sem, profík tam, bez toho je nic!“)

Kategorie: Adaptace na pracovišti

Adaptace na pracovišti je velice důležitým faktorem při nástupu na nové pracoviště. Doba potřebná k zapracování nové všeobecné sestry je samozřejmě individuální a odvíjí se nejen od osobnosti dané pracovnice, jejích zkušeností z předchozích zaměstnání, ale také od typu a náročnosti daného pracoviště. Odlišným způsobem také dochází k adaptaci u absolventů, kteří nemají zkušenosti z předchozích zaměstnání.

V případě pracoviště, kde byl výzkum prováděn je pro nové všeobecné sestry stanovena půlroční adaptační praxe. Po tuto dobu je nová všeobecná sestra zaškolována a seznamována s veškerými procesy v rámci daného pracoviště. Pro absolventy je také nutná měsíční stáž na interním oddělení pro bližší seznámení se somatickou problematikou.

Adaptační praxe je zakončena zkouškou u hlavní sestry (náměstkyně pro ošetrovatelskou péči), která se skládá z ústní a písemné části. Jejím obsahem je jak odborná oblast, tak i nutnost prokázat znalost provozních záležitostí pracoviště. Až po zdárném absolvování adaptační praxe je daná všeobecná sestra považována za plnohodnotného člena ošetrovatelského týmu.

Jak je výše uvedeno, jsou individuální rozdíly pro potřebný čas k adaptaci na novém pracovišti. Některé všeobecné sestry nevykazují známky zapracovanosti i po době nutné k ukončení adaptační praxe. V těchto případech staniční sestra obvykle nedoporučí ukončení adaptační praxe, která se tím automaticky, dle dohody mezi vedením a danou všeobecnou sestrou, prodlouží.

Dle respondentů, je adaptace na pracovišti jedním z faktorů profesionality.

(příklad: „Je zapracovaná.“; „... a má zkoušku u hlavní.“; „...má hotovou nástupku.“; „... po několika měsících, když si to oddělení a vůbec všechno vošahá...“; „Je na oddělení zajatá.“; „Víš, jak to na tom oddělení chodí.“; „... zná ty poměry a tak.“; „...nemusí čekat, až jí někdo řekne, co má dělat.“)

Kategorie: Kladné vlastnosti

Jako další kategorie byly stanoveny kladné vlastnosti. Respondenti vyjmenovali celkem 87 vlastností.

Z odpovědí vyplývá, že profesionální všeobecná sestra by měla disponovat co největším počtem níže uvedených rysů.

(příklad: „... není trdlo.“; „Je na ní spolehnutí.“; „Musí mít pod čepicí, ...“; „Nesmí se bát, musí rychle jednat a přitom pečlivě.“; „Měla by být milá a příjemná, takovej ten andílek a zároveň i rázná a hlavně spravedlivá!“; „...měla by umět dělat v týmu, emfatická, to je důležitý, a férová.“; „Musí být vsrříčná, nenadržovat některým pacientům, musí být trpělivá a šikovná a chytrá a milá a tak.“)

Kategorie: RS (registrovaná sestra)

Respondenti ve 100 % označili jako nutný znak profesionality způsobilost k výkonu povolání bez odborného dohledu, tedy platnou registraci dané všeobecné sestry. Registraci všeobecné sestry získávají centrálně v Národním centru ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně na základě zákona [č. 96/2004 Sb.](#), § 72 ve znění pozdějších předpisů.

(příklad: „...je to ereska“; „Může pracovat samostatně, ...“; „... pracuje bez dohledu.“; „Je registrovaná.“; „... má odznak RS.“; „když eště nemá registraci, tak to sice je sestra, ale rozhodně ne profesionálka.“; „Bez registrace to je tak akorát sestřský kuře.“)

Kategorie: Teoretické znalosti

Teoretické znalosti také byly všemi respondenty označeny za atribut profesionality. Všeobecnou sestru pracující na psychiatrii, která nevykazuje teoretické znalosti v oboru, nelze označit za profesionála.

S teoretickými znalostmi souvisí i připravenost sester uznat svou neznalost. Všeobecné sestry také musí vědět, kde a jak potřebné informace získat.

(příklad: „Dobrá sestra musí vědět a znát...“; „Když nebudu umět psychiatrii a vůbec ošetrovatelství celkově, tak teda rozhodně nemůžu být profesionál!“; „Člověk musí umět léky a přinejmenším rozeznat bludy od halucinací, bez toho se nehnu ani v ošetrovatelském procesu, ...“; „Profesionální zdravotní sestra na psychiatrii by určitě měla umět psychiatrii, měla by vědět, jak s kterou diagnózou komunikovat, myslím jako s lidma s různěma diagnózami, jinak může nadělat spoustu chyb a to pak není profesionální.“; „Rozhodně musí být teoretickej základ, ...“)

Kategorie: Praktické dovednosti

99 % respondentů označilo jako další nutný znak profesionality praktické dovednosti. Všeobecné sestry pracující na psychiatrii se často dostávají do situací, kdy musí

zvládnout různé ošetrovatelské výkony, které neprovádějí často. Jde o specializované převazy, výměny různých stomických pomůcek apod.

I když je psychiatrie neinvazivní obor, ošetrovatelská péče zde naskytá celou řadu výkonů včetně předoperační péče v rámci přípravy na elektrokonvulzivní terapii.

(příklad: „... taky musí umět všechny ošetrovatelský výkony.“; „... taky musí být šikovná, jako musí umět všechno, co se tu dělá.“; „Prakticky by měla taky zvládat co má.“; „... napíchnout žílu feťákovi je fakt někdy umění a to musíš holt zvládnout a taky výplachy žaludku. ... kolikrát jsme tu resuscitovali!“; „Tady musí sestra umět všechno, jako vopravdu umět!“; „... teorie je bez praktického umu celkem na nic.“; „... musíš zvládnout věci, který jsi nikdy třeba nedělala, protože je to zkrátka potřeba...“; „Člověk nesmí být levej a kromě toho, že víš, jak se to dělá, tak to musíš taky umět udělat.“; „Kdo umí, umí a dobrá sestra musí umět!“)

Kategorie: Decentní vzhled

96 % respondentů uvedlo, že profesionální všeobecná sestra by měla také dobře vypadat, protože nejen svým projevem, ale právě také svým vzhledem reprezentuje profesi.

Uniforma všeobecných sester má nejen ochranou, ale také např. estetickou funkci.

Všeobecné sestry se pacientů dotýkají, hovoří spolu o intimních záležitostech a jsou často v kontaktu. Z těchto důvodů je důležité, aby byla všeobecná sestra upravená a vyvolávala tak v pacientech pocit důvěry.

Setkání se sestrou, která je přehnaně naličená apod. může vyvolat dojem, že její práce není její prioritou nebo že se bude některých výkonů štítit. Tento obraz nevzbuzuje důvěru a tím i ničí představu profesionality.

Také neupravená všeobecná sestra nevyvolává dojem profesionála a v extrémních případech může navodit až nedůvěru pacientů.

(příklad: „... měla by být taková čistá, ... taková apetajtlích.“; „Když už není hezká, musí být aspoň upravená!“; „... měla by nějak vypadat!“; „Některý sestry jsou jako strašáci, to je strašný a sráží to všechny ostatní.“; „...měla by být taková čistounká, voňavá... prostě sestřička...“; „jak vypadá je důležitý, musí být jako ze škatulky!“; „Neměly by být pověšený řetízkama a náramkama...“; „... ty strašný drápy, to se k sestrám přece nehodí! A taky by neměly chodit zmalovaný..., aby to mělo nějakou úroveň.“)

Ad 4 – Projevy etického přístupu sester na psychiatrii

Příklad stručného komentáře:

V souvislosti s „projevy etického přístupu sester na psychiatrii“ respondenti hovořili o zachování důstojnosti pacientů a nutnosti nahlížet na psychiatrické pacienty s úctou a porozuměním. Téměř ve všech odpovědích se respondenti vraceli k otázce etických problémů v psychiatrickém ošetrovatelství a navazovali na své výpovědi konkrétními popisy etického přístupu. V další kategorii „ne/dodržování předpisů“ jde nejen o legislativní předpisy, které platí obecně pro všechny zdravotníky, ale také o standardy ošetrovatelské péče platné pro konkrétní zdravotnické zařízení, popisující postupy ve vybraných situacích. Za etický přístup respondenti považují i nedodržení předpisu v případě, že je takové jednání v zájmu pacienta (za předpokladu, že neohrozí ostatní pacienty nebo personál).

Kategorii „profesionální chování“ charakterizovali respondenti nejčastěji jako takové chování sester, jaké pacienti i kolegové očekávají (v kladném smyslu). Dále jmenovali opětovně různé vlastnosti, které má profesionální sestra vykazovat a vraceli se také v různých modifikacích k popisům etického přístupu a především k popisům atributů profesionality psychiatrické sestry.

Tato zkušenost poukazuje na fakt, že psychiatrické sestry cítí potřebu zabývat se problematikou etiky v ošetrovatelské péči.

Příklad komentáře s využitím argumentace pomocí úryvků transkriptu:

Kategorie: Úcta k pacientům

Jako projevy etického přístupu k pacientům na psychiatrii respondenti hovořili o zachování důstojnosti pacientů a o nutnosti nahlížet na psychiatrické pacienty s úctou a porozuměním. Téměř ve všech odpovědích se respondenti vraceli k otázce etických problémů v psychiatrickém ošetrovatelství a navazovali na své výpovědi konkrétními popisy etického přístupu.

(příklad: „Vyká mu a pojmenovává ho.“; „... oslovuje ho příjmením,...“; „Jedná s ním jako s člověkem.“; „... ty lidi bereme jako lidi.“; „Nejsou méněcenný, jsou jen nemocný.“; „S člověkem, kterej je třeba diabetik tak mluvím normálně. Psychiatrickej pacient má akorát rozhozenou chemii v mozku místo ve slinivce, tak nevím, proč bych se k němu měla chovat jinak.“; „... opatrně to je s intimitou...“; „... nahota a vykání...“; „... pacienti choděj slušně oblíkaný.“; „ Asi je to hlavně o tý důstojnosti.“; „...zajistit aspoň trochu toho soukromí.“)

Kategorie: Ne/dodržování předpisů

V této kategorii jde nejen o legislativní předpisy, které platí obecně pro všechny zdravotníky, ale také o standardy ošetrovatelské péče platné pro konkrétní zdravotnické zařízení, které popisuje postupy ve vybraných situacích. Za etický přístup respondenti považují i nedodržení předpisu v případě, že je takové jednání v zájmu pacienta.

(příklad: „... nepodává informace, které nemá.“; „Nemluví o pacientech mimo oddělení.“; „... a hlavně přemejšlim a nedodržuju slepě nařízení. Když by to tomu pacientovi třeba ublížilo nebo ztížilo situaci. Jde přece o jeho dobro, nějak tu jeho situaci vyřešit a to co možná nejjednodušeč. Třeba i proti předpisum.“)

Kategorie: Profesionální chování

Kategorii *profesionální chování* charakterizovali respondenti nejčastěji jako takové chování všeobecných sester, jaké pacienti i kolegové očekávají. Dále jmenovali opětovně různé vlastnosti, které má profesionální všeobecná sestra vykazovat a vraceli se také v různých modifikacích k popisům etického přístupu a především k popisům atributů profesionality psychiatrické sestry.

(příklad: „Takový jaký má bejt,...“; „...asi tak jak se to učíme ve škole, ještě dřív než nachytáme zlovyky.“; „... tak jak by to mělo nějak bejt, asi všechno dohromady vo čem sme tu mluvili.“; „Takovej jako ideál, nikdo není na sto procent, ale prostě co nejlepší.“; „... je trpělivá...“; „ V psychiatrii hlavně neodsuzuje a nevyhrožuje“; „... pacienty nestraší a nevyhrožuje jim.“; „Přízná neznalost...“; „ umí to ... neprovokuje pacienty.“; „... nepouští informace...“; „... takový, na který si pacient ani příbuzný

„nemůžou stěžovat, ... oprávněně.“; „... ví co a jak, je trpělivá, empatická a umí psychiatrii a hlavně má takový to navíc, pak jedná jak má.“)

Ad 5 – Etické problémy v psychiatrickém ošetřovatelství

Příklad stručného komentáře:

Za eticky problematickou oblast v psychiatrickém ošetřovatelství respondenti shodně označovali „nedostatek soukromí pacientů.“

Většina psychiatrických léčen a oddělení v ČR je situována do starých objektů. Tento fakt je dán historicky, protože psychiatrické léčebny a některá psychiatrická oddělení zůstávají od svého založení na stejném místě. Samozřejmě dochází k postupným rekonstrukcím a k budování nových oddělení, což ale nemůže být považováno za dostatečné.

Pacienti, především v psychiatrických léčebnách, jsou stále ukládáni na mnohalůžkových pokojích (např. Psychiatrická léčebna Bohnice v Praze disponuje několika desetilůžkovými pokoji). Také sociální zařízení v léčebnách nelze označit za vyhovující (jak počtem, tak i technickým stavem).

Dalším problémem, který respondenti zmiňovali, je průběh vizit. U nespolupracujících nebo imobilních pacientů vizity probíhají na pokojích, za přítomnosti ostatních pacientů a obvykle se zde probírají velice osobní záležitosti, mnohdy i vztahy vůči spolupacientům apod. Tato skutečnost může vyvolat obavy z reakce ostatních pacientů a vést k záměrnému zkreslení odpovědí. Nedostatek soukromí během rozhovoru s lékaři či sestrami se týká i mobilních a spolupracujících pacientů, protože v naprosté většině psychiatrických oddělení je nedostatek místností v poměru k potřebám provozu.

Jako další oblastí, kterou respondenti označili jako etický problém psychiatrického ošetřovatelství, je „zachování lidské důstojnosti“. Nejvíce respondentů (89 %) zmiňovalo oslovování pacientů. Řada sester přiznala, že mají tendence např. u mladých pacientů nebo u pacientů, kteří jsou na jejich oddělení hospitalizováni opakovaně, tykat.

Z výzkumu vyplynul dále jako etický problém „bezpečnost“ a to jak pacientů samotných, tak i personálu. Jedná se o poměr mezi bezpečností a nastavenými bezpečnostními pravidly. Respondenti uváděli příklady, kdy cítí nepřiměřenost prohlížení osobních věcí pacientů a zároveň i příklady, kdy nedostatečná kontrola osobních věcí pacientů vedla k ohrožení personálu či pacientů.

Poslední kategorie tohoto souboru je „poskytování informací“. Jedná se o informace o zdravotním stavu pacientů, které jsou (nejen pro psychiatrii) legislativně upraveny v zákoně č. 372/2011 Sb.

Příklad komentáře s využitím argumentace pomocí úryvků transkriptu:

Kategorie: Nedostatek soukromí pacientů

Respondenti jako jeden z etických problémů v psychiatrickém ošetřovatelství shodně označovali nedostatek soukromí pacientů.

Většina bývalých psychiatrických léčen a dalších oddělení v ČR je situována do starých objektů. Tento fakt je dán historicky, protože psychiatrické léčebny v naprosté většině zůstávaly od svého založení na stejném místě. Samozřejmě dochází k postupným rekonstrukcím a k budování nových oddělení, což ale nemůže být považováno za dostatečné.

Pacienti, především v bývalých psychiatrických léčebnách, jsou stále ukládáni na mnohalůžkových pokojích. Také sociální zařízení v těchto objektech nelze označit za dostatečné (jak počtem, tak i technickým stavem).

Dalším problémem, který respondenti zmiňovali, je průběh vizit. U nespolupracujících nebo imobilních pacientů vizity probíhají na pokojích, kde jsou ostatní pacienti. Během vizit se obvykle probírají velice osobní věci a vztahy vůči spolupacientům apod. Nedostatek soukromí během rozhovorů s lékaři v některých případech může vyvolat obavy z reakce ostatních pacientů a záměrnému zkreslení odpovědí.

Nedostatek soukromí během rozhovoru s lékaři či všeobecnými sestrami se týká i mobilních a spolupracujících pacientů, protože v naprosté většině psychiatrických oddělení je nedostatek místností v poměru k potřebám provozu.

(příklad: „Čtyři sprchy na padesát ženskejch! ... já jim nikdy říkat nebudu, že se dneska sprchovat nebudou, protože se myly včera!... A o záchodech ani nemluvim!“; „V jednadvacátém století mám jásat, že se můžu osprchovat spolu s dalšíma třema nebo čtyřma ženskejma v jedný místnosti v neodělenejch sprchách?! A co ty záchody? ... vždyť na ně stojej frontu ... To mi přijde vůči těm lidem fakt nefér.“; „... hlavně to sociální zázemí, ... třeba ve sprchách, co tam ty chlapi, ale vono i ženský, dělaj, to je úděs, ... já třeba takový ty komponovaný pouštím do sprchy i po večerce, ... aby měli klid a trochu toho soukromí a mohli se normálně lidsky umejt.“; „Jedna pacientka radši jezdila obden domů na propustku jenom na záchod a to se jí fakt nedivím...“

„... i když jsou jenom čtyři na pokoji, ale každěj má jinou diagnózu a když se daj dohromady třeba deprese s mánií v tom tam někdo leží s infúzemi, ... to je prostě zaděláno na průšvih!“; „... obrovský ratejny, to je hrůza, ... a lidi si nemaj kam dát ani mokrej ručník.“ „... není na to místo, tak se provádí vstupní rozhovor s jedním pacientem a vedle tebe sedí doktor a něco řeší s jiným pacientem. A ani jeden prostě nemáme kam jít a za dveřma už čekaj daší, co s náma chtěj mluvit.“; „... psycholog třeba provádí vyšetření v šatně personálu, protože jinde nemá klid!“

Kategorie: Zachovávání lidské důstojnosti

Jako další oblastí, kterou respondenti označili jako etický problém psychiatrického ošetrovatelství je zachování lidské důstojnosti.

Nejvíce respondentů (89 %) zmiňovalo oslovování pacientů. Řada respondentů přiznala, že mají tendence např. u mladých pacientů nebo u pacientů, kteří jsou na jejich oddělení hospitalizováni opakovaně tykat.

(příklad: „Když k nám přijde osmnáctiletý dítě, tak mi je prostě blbý mu vykat... Asi bych se měla zeptat nebo se s ním nějak domluvit, ale takhle mi to přijde přirozenější.“; „... ty opakovaný pobyty, ... hlavně maničky, těm prostě nejde tykat.“; „... u těch opakovanejch pobytů, to se taky nechám strhnout a tykám...“; „... třeba oslovovat křestním ménem a vykat je OK, ale to tykání nemám rád, ... to by se nemělo.“; „U nás se někdy těm starouškům říká „babi, dědo“, ale vyká, ale to taky není dobře.“; „... těm smažkám, co sou přikurtovaný na matraci se prostě vykat nedá, ...“)

14% respondentů považuje za etický problém při poskytování ošetrovatelské péče oblékání chronických pacientů. Chroničtí pacienti, kteří jsou v psychiatrických nemocnicích hospitalizováni v řádech měsíců a někteří let, dostávají oděvy od rodin

nebo jim je zprostředkovává sociální pracovnice. Takzvané ústavní prádlo je také k dispozici, ale v rámci přiblížení chodu oddělení pro chronické pacienty životu mimo zdravotnické zařízení, je snaha pacienty oblékat do civilních šatů.

I přes snahu a zásahy personálu mnoho těchto pacientů vyžaduje „své oblečení“, které zpravidla nelze považovat za adekvátní.

Mnozí chroničtí pacienti mají možnost volného pohybu po areálech daných psychiatrických nemocnic i mimo ně. Právě jejich vzezření na ně upoutává pozornost a vrhá špatné světlo na ošetřovatelský personál.

(příklad: „... a tak mu radši tu hroznou růžovou svítivou vestu dám. Je to podle mě lepší, než aby se zase rozjel.“; „Koupila jsem mu krásnej svetr, ... tu jeho hrůzu jsem pak hodila venku do kontejneru, tak aby to neviděl, ... on to vytáh a zase si to na sebe narval. ...“; „ ... nebo když jedeme někam třeba na vejlet nebo na vyšetření, tak je to vidět na hony, že jedeme z blázince. Stydím se, některý jsou jako ze škatulky, ale zato těch pár Lidi venku si musej myslet hrůzy, že je tady ani pořádně neoblíknem, ale takový věci, co maj oni ve skříňkách, tak nemam kolikrát ani já doma! Ale holt člověk nic nenadělá, když jsou takhle spokojený...“)

Kategorie: Bezpečnost

Z odpovědí respondentů vyplynul i jako etický problém bezpečnosti jak pacientů samotných, tak i personálu. Jde především o poměr mezi bezpečností a nastavenými bezpečnostními pravidly.

Během příjmového procesu jsou pacienti prohlíženi, zda nemají u sebe nebezpečné předměty. Ošetřovatelský personál sepisuje veškeré osobní věci (kvůli případným ztrátám, krádežím apod.) a v závislosti na psychickém stavu pacienta ukládá do trezoru veškeré nebezpečné předměty (pilníčky na nehty, nůžky, pletací jehlice apod.). Tyto předměty jsou pacientovi vráceny, jakmile je schopen za ně zodpovídat a nehrozí nebezpečí sebepoškození.

Respondenti uváděli příklady, kdy nedostatečná kontrola osobních věcí pacientů vedla k ohrožení personálu či pacientů.

(příklad: „...jako se to stalo tý doktorce S., ... na příjmu se jí bodnul chlap do krku nebo kam Kdyby ho pořádně prohlídli, tak se tohle nestane! ... To že vypadal v pohodě není argument!“; „... nebo jak nám chlap přijel na barák s pistolí. Když jsme sepisovali věci, tak na férovou vyndal z tašky sedumpětašedesátku! Jo a ještě z ní vyndal zásobník....“; „Nám jeden pacient přijel na oddělení s takovou pistolí, ..., teda revolverem, ... Jenže on pak začal vykládat, že to vystřelí mozek z hlavy a začal s tím mávat a že to na někom jako ukáže.“; „... utekla z vyšetřovny na jídelnu, tam si povalila stůl a chovala se za něj. Střílela po nás prakem takovejma malejma kovovejma účkama. ... Pěkně to štípalo, ... musel jsem zamezit, aby ostatní ženský se tam nedostaly...“; „...někdy ten člověk vypadá v pohodě, ale není. Ale na sebe nesmí brát zřetel. Musí se prohlídnout fakt všichni.“; „Když je ten člověk v pohodě, pak spolupracuje a není problém věci prohlídnout. Když už nechce, tak to může být varovnej signál.“; „Mě je blbý prolezat věci lidem, který sou OK... Tak to tak nějak vošulim...Třeba se jenom zeptám, co sebou maj.“; „...připadám si jak nějaký policajt, když chci, aby si vyndali všechny věci....prohlížím všechny bundy nebo prostě všechno. Já být těma lidma, tak se mi to nelíbí a nechci to... Cejtíl bych se blbě, ... asi poníženež.... Je mi to blbý, ale je to tak daný. Asi vědí proč.“)

Kategorie: Poskytování informací

Na poskytování informací o zdravotním stavu pacientů nejen na psychiatrii jsou daná legislativní pravidla (zákon č. 372/2011 Sb.)

Respondenti se především zabývali poskytováním informací po telefonu.

V praxi se telefonický kontakt obvykle uskutečňuje až po navázání osobní spolupráce mezi rodinami nebo blízkými pacienta a ošetřujícím lékařem.

(příklad: „To člověk nemůže ani říct, jestli je ten pacient hospitalizován nebo ne. Chudáci rodiny!“; „Tak nutíme pacienty, aby nejdřív sami zavolali domů.“ „...volaj a představěj se, že jsou rodina nebo z úřadu a pak se ukáže, že jsou z práce a chtěj škodit.... Nene, nic neříkat. Je to blbý, ale je to tak. Pacienti se musej chránit.“; „Pacienti si můžou od nás zadara zavolat, takže oni první kontaktujou rodinu, když potřebujou a pak už nikomu není nic do toho, jestli tu je nebo není.“)

e) Diskuze

- vztah výzkumu k dosavadní úrovni poznání
- srovnání s obdobnými výzkumy
- srovnání teorie a popsané praxe
- popis možného využití výsledků

Příklad:

Na základě výsledků této studie lze konstatovat, že profesionalitu sester lze ovlivňovat na dvou úrovních:

1. Ve vzdělávání všeobecných sester – kde vedle teoretických a praktických znalostí a dovedností by měl být kladen důraz na kultivaci osobnosti budoucích sester včetně povědomí o důležitosti vzhledu sester a celkového vystupování.
2. V managementu (především liniový a střední management) – v rámci přijímání nových sester se lze zaměřit na známky nevhodných vlastností žadatelů, vytvořit podmínky pro kvalitní adaptační proces, dále pro vzdělávání sester a vytvářet organizační kulturu podněcující profesionální chování sester.

f) Závěr

- stručné shrnutí výsledků
- návrhy opatření
- možnosti dalšího výzkumu

Příklad:

Výstupem tohoto kvalitativního výzkumu je vymezení obsahu pojmu profesionální chování sester péči o psychiatrické pacienty v souvislosti s problematikou etiky:

1) Profesionální psychiatrická sestra (sestra pracující na psychiatrii) je způsobilá pracovat bez odborného dohledu (registrovaná sestra) a vykazuje:

- cit pro psychiatrii
- teoretické znalosti a praktické dovednosti
- kladné vlastnosti
- adaptaci na pracovišti
- decentní vzhled

2) Sestry se v rámci psychiatrického ošetřovatelství potýkají s etickými problémy v oblasti:

- nedostatku soukromí pacientů
- zachování lidské důstojnosti
- bezpečnosti
- poskytování informací

Projevy etického přístupu sester k pacientům jsou obsaženy v jejich profesionálním chování.

Znaky etické a profesionální koncepce ošetřovatelství se překrývají a etický postoj je tedy součástí profesionality.

Vzhledem k tomu, že pro interpretaci kvalitativního výzkumu je velice důležité, jakým způsobem se získané informace zprostředkují čtenářům, jsou součástí závěrečných zpráv také transkripty (přepisy) rozhovorů nebo jejich ukázky.

Podle zaměření výzkumu nebo podle účelu dané závěrečné zprávy lze využít několika způsobů transkripce.

Způsoby transkripce:

a) doslovná - doslovné zaznamenávání mluveného projevu dotazovaného (informátora/respondenta), včetně nespisovných, slangových, gramaticky chybných výrazů, přeřeknutí apod.

b) komentovaná: doslovné zaznamenávání mluveného projevu dotazovaného (stejně jako u doslovné transkripce) doplněné o nonverbální projevy dotazovaného (úsměv, odmlky, ironie apod.);

pro komentovaný transkript využít sloupcový zápis, kde v jednom sloupci je prostý doslovný přepis a v paralelním sloupci jsou zaznamenávány nonverbální projevy dotazovaného; vždy je ale nutné provést zápis tak, aby bylo patrné, které části patří k sobě

c) redigovaná: výpovědi dotazovaného jsou upravené do srozumitelnější podoby; výzkumník vysvětluje či přímo překládá např. slangové či nářeční výrazy, přeřeknutí apod. nejsou přepisovány; text lze stylisticky upravit; jsou zaznamenávány jen zásadní nonverbální projevy (pláč, smích apod.)

d) shrnující protokol: doslovně zachovány jsou pouze klíčové pasáže; ostatní části rozhovoru jsou zestručněny; upravený text ale musí popisovat smysl sdělení

e) selektivní protokol: jsou využity a přepsány pouze pasáže, které se přímo vztahují k danému tématu (zaměření výzkumu), ostatní část není vůbec využita

Při vypracovávání závěrečné zprávy by měl mít výzkumník na paměti dvě základní fakta:

1. čtenář by měl význam pochopit z vlastního kontextu, který vychází z popsané reality

výzkumník tedy musí text vyhotovit dostatečně popisně a objektivně tak, aby čtenář si mohl vytvořit vlastní, neovlivněný a pokud možno nezaujatý názor

2. jednotlivým částem může čtenář porozumět pouze ve vztahu k celku a celek lze pochopit pouze na základě znalosti jeho částí - tzv. **hermeneutický kruh**

Pro hodnocení validity interpretace existují čtyři hlavní kritéria:

1. konzistence – hodnotí, zda interpretace jednotlivých částí textu je konzistentní s interpretací celku nebo s ostatními částmi;

dalším hlediskem může být i konzistence mezi interpretací textu v rámci kontextu

2. celistvost – hodnotí, zda interpretace zohledňuje veškeré popsané klíčové momenty a důkazy
3. přesvědčivost – hodnotí, zda je interpretace pro čtenáře přesvědčivá nebo zda je možné vytvořit i jiný způsob výkladu, který ale není v textu zvažován
4. smysluplnost – hodnotí, zda interpretace dává smysl a zda přispívá k porozumění textu a v neposlední řadě, zda rozšiřuje vědění či informovanost v dané oblasti

Jak již bylo v předešlých kapitolách uvedeno, provádění kvalitativního výzkumu je proces, ve kterém se jeho jednotlivé fáze prolínají. Z hlediska interpretace je tato skutečnost stěžejní především v oblasti transkriptu a analýzy dat, které ji přímo ovlivňují.

Pro validní interpretaci získaných dat se využívají jako argumentace jednotlivé části transkriptu a nebudou-li data logicky analyzována, projeví se tento nedostatek ve všech výše uvedených kritériích validity interpretace.

Je tedy nutné, aby výzkumník v rámci interpretace opakovaně analyzoval části textu a revidoval své závěry do stádia, kdy nalezené výsledky budou popsány ve shodě s veškerými zjištěnými důkazy.

Je třeba mít také na paměti, že nejen během sběru dat a jejich analýzy, ale také v průběhu interpretace, může dojít ke zkreslení získaných informací.

Interpretaci jako takovou je možné považovat za završení celého výzkumného procesu.

I když výzkumník získá cenná data a náležitě je nepředá veřejnosti, je celé jeho úsilí zmařeno.

Literatura:

BÁRLOVÁ, Sylva, Petr SADÍLEK a Valérie TÓTHOVÁ. *Výzkum a ošetřovatelství*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2009. ISBN 978-80-7013-467-2.

CORBINOVÁ, Juliet a Anselm SRTAUSS. *Základy kvalitativního výzkumu. Postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Albert, 1999. ISBN 80-85834-60-X.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum. Základní teorie, metody a aplikace. Druhé, přepracované a aktualizované vydání*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-485-4.

ŠVARŤÍČEK, Roman, Klára ŠEĎOVÁ a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.

TOŠNAROVÁ, Hana. *Problematika etiky v profesionálním chování zdravotních sester v péči o psychiatrické pacienty*. Praha: UK, 2011. Disertační práce. UK v Praze, Fakulta humanitních studií, Institut doktorských studií.

8 Akční výzkum

Akční výzkum, jak sám název říká, je metoda založená na akci a na výzkumu. Využívá se k reflexi určité situace či jednání zainteresovaných osob v rámci této situace, tedy obecně, k reflexi nějaké akce.

Nejčastěji je akční výzkum spojován s pedagogikou a také s managementem (především v souvislosti s pojmy jako např. management kvality a učící se organizace), jakožto diagnostickou metodou (ve své struktuře může obsahovat určité manažerské techniky, jako např. SWOT analýzu – viz dále). Svoji nezastupitelnou úlohu má i v ošetřovatelství.

Ošetřovatelství, stejně jako pedagogika, spadá do kategorie pomáhajících profesí.

Jako **pomáhající profese** lze označit takové profese, jejichž náplní je pomáhat lidem, a to nejen prostřednictvím znalostí a dovedností, ale především tím, že se při výkonu této profese velkým podílem zapojuje osobnost pracovníka. (KŘIVOHLAVÝ, 2006)

Tato skutečnost ve spojení s poskytovanou službou, která je produktem ošetrovatelství, vnáší do ošetrovatelství, potažmo do jeho managementu, určitý rozměr specifičnosti. Jde o to, že vedoucí pracovníci řídí práci všeobecných sester a dalšího zdravotnického personálu, která je v přímé péči současně poskytována a přijímána pacienty a na této péči se velkou měrou podílí právě osobnosti jednotlivých pracovníků. Jediným možným způsobem, jak hodnotit prováděné procesy (akce), je jejich zpětná analýza.

V akčním výzkumu se kombinují metody klasického (vědeckého) výzkumu, častěji kvalitativního než kvantitativního a evaluace.

Pojem „akční výzkum“ byl prvně použit v roce 1946 americkým sociálním psychologem Kurtem Lewinem, který kritizoval dosavadní přístup v oblasti zkoumání organizace. Zabýval se způsobem, jak lze ovlivňovat organizační procesy.

Lewin pojímá akční výzkum jako spirálovitý proces, který se opakuje:

- mapování problému
- návrh řešení
- implementace navržených změn
- sledování úspěšnosti

Důležitým a inovátorským aspektem Lewinova přístupu je participace interních pracovníků a také celkový přístup, který pracuje s každodenní realitou dané organizace, tedy skutečnými procesy. Cílem tohoto postupu je změna dosavadní praxe vedoucí ke zlepšení situace. Součástí veškerých činností by také měla být evaluace a reflexe.

Akční výzkum je řazen do oblasti sociálního výzkumu. Jeho cílem není „pouhý“ popis dané situace, ale dále jde o definování opatření vedoucích ke změně a jejich implementaci do praxe. Současně má akční výzkum i formativní charakter, který je dán tím, že participanté akčního výzkumu jsou po celý jeho průběh konfrontováni s okolím a podstupují kontinuální sebereflexi. V posledních letech se objevuje, především v oblasti sociální péče, jako součást akčního výzkumu supervize.

Z výše uvedeného vyplývá, že v akčním výzkumu se tedy prolínají určité, navzájem ovlivňující se, složky.

Složky akčního výzkumu:

1. akční – participace zaměstnanců, zavádění změny; vlastní akce
2. výzkumná – popis situace, procesů; vlastní výzkumná činnost
3. formativní – reflexe, sebereflexe participantů, supervize

Pro veškerý akční výzkum je typické, že je **sdílen všemi aktéry**, to znamená, že není určen pouze pro odborníky – výzkumníky, ale především pro profesionály a praktiky v jednotlivých oborech. Proto se někdy setkáváme s označením **participativní akční výzkum**, což je jednou z variant akčního výzkumu, při kterém

právě kooperují pracovníci na různých pracovních pozicích a úrovních. Dalším ekvivalentem označení toho výzkumu je např. výzkum zakotvený v komunitě či **komunitní akční výzkum**. Tato označení vycházejí z podstaty způsobu provádění akčního výzkumu, který lze jednoduše charakterizovat tak, že jde o výzkum prováděný komunitou, s komunitou a pro komunitu. Přičemž komunitou je myšlena určitá skupina aktérů, kteří např. řeší stejný problém nebo se zabývají stejnou záležitostí (např. spolupracují).

Rozdíly mezi uvedenými označeními/druhy akčního výzkumu vycházejí z přístupu k výzkumu nebo také z oblastí výzkumu, na které je v konkrétním případě kladen důraz.

Společným jmenovatelem výše uvedených ekvivalentů akčního výzkumu nutnost ovládnutí určitých sociálních dovedností především v oblasti komunikace jako je např. vedení diskuzí, schopnost porozumění, naslouchání, poskytování a přijímání konstruktivní kritiky apod., dále je samozřejmostí vzájemný respekt všech zúčastněných, udržení hierarchické rovnosti (v rámci akčního výzkumu se potírají rozdíly mezi nadřazenými a podřazenými, mezi staršími a mladšími, nerozlišuje se vzdělání účastníků apod.). Veškeré tyto dovednosti vedou k vytváření pozitivních pracovních vztahů tím k efektivnějšímu průběhu procesu akčního výzkumu.

Dalším typickým znakem akčního výzkumu je to, že se jedná o **interaktivní cyklický proces**, který zahrnuje vlastní výzkumné šetření, implementaci zjištěných výsledků do praxe a následná reflexe celého procesu.

Akční výzkum (veškeré jeho variace) je velice variabilní a otevřená metoda, která má ale své charakteristiky, mezi které patří:

a) nejde o samostatnou výzkumnou metodu

- jedná se o kombinovanou metodu využívající různé výzkumné techniky

b) cykličnost výzkumného procesu

- jde o opakující se proces výzkum – akce – reflexe

c) spolupráce všech aktérů výzkumu

- celý proces vyžaduje kooperaci participantů, jejich aktivní přístup; pouze zainteresovaností všech zúčastněných je možné získat relevantní a vypovídající data, na jejichž základě může být implementována efektivní změna; míra zaangażovanosti a spolupráce se liší dle fáze a průběhu akčního výzkumu

d) jedinečnost

- akční výzkum je zaměřený na konkrétní potřeby konkrétní komunity (organizace)

e) zaměření na změnu

- metoda akčního výzkumu je využívána obecně v pomáhajících profesích při zavádění změny nebo v rámci evaluace a také např. jako manažerský nástroj v rámci řízení změny

f) posílení kompetencí aktérů výzkumu

- tato charakteristika vychází z předpokladu, že jsou do procesu aktivně zaangażováni všichni participanté, protože při vlastní aktivitě je každý pracovník více motivován spolupracovat, více mu záleží na výsledku a především se novými situacemi, úkoly i vlastní reflexí učí a získává nové zkušenosti

Podle způsobu provádění akčního výzkumu, lépe řečeno podle časového sledu jednotlivých činností lze akční výzkum dělit na:

- pro-aktivní

- reaktivní

Při provádění **pro-aktivního akčního výzkumu** akce (procesy, aktivity apod.) předchází sběru a analýze dat. Účelem tohoto přístupu je inspirace pracovníků k novým postupům, která vychází z reflexe jejich dosavadních zkušeností.

To znamená, že např. ve zdravotnickém zařízení je zaveden nový standard ošetrovatelské péče (např. na základě legislativního ustanovení) a následně se posuzuje jeho efektivita, jako výsledek této činnosti.

Pro-aktivní výzkum by měl zahrnovat:

- aktivní snahu o změnu (nové přístupy přinášející lepší výsledky)
- pravidelný sběr dat (názorů, reakcí) participantů na realizované změny
- analýzu dat
- evaluaci
- aktivní vyhledávání nových možností pro zkvalitňování dosavadních pracovních procesů

V **reaktivním akčním výzkumu** jsou data sbírána před inovací procesů.

V případě ošetrovatelství se vychází z předpokladu, že každá situace je unikátní (vlivem zapojení osobnosti pracovníka) a že profesionální odpovědnost vyžaduje nejprve analýzu této situace a následnou volbu odpovídajícího jednání. Pro ilustraci si lze představit situaci v ošetrovatelské praxi, kdy se např. ve zdravotnickém zařízení zavádí nová diagnostická/terapeutická metoda vyžadující specifické ošetrovatelské výkony. Na základě zjištěných informací (jednotlivé ošetrovatelské intervence, potřebné pomůcky a materiální vybavení, časový harmonogram poskytované péče apod., kooperace s dalším zdravotnickým personálem atd.) je vytvořen příslušný standard ošetrovatelské péče.

Kroky reaktivního výzkumu:

- sběr dat
- analýza dat
- identifikovat potřebné změny/inovace
- naplánovat strategii zavedení změny
- proces zavádění změny
- evaluace

Jak již bylo uvedeno, akční výzkum není sám o sobě výzkumnou metodou. Akční výzkum pomáhá zainteresovaným pracovníkům reflektovat praxi a vlastní zkušenosti, pomáhá najít nové způsoby práce, které vedou ke zvýšení kvality a efektivity.

Porovnáme-li akční výzkum s výzkumem tradičním (vědeckým), tak nacházíme rozdíly především v těchto oblastech:

- tradiční výzkum je prováděn většinou nezainteresovanými výzkumníky
- výzkumníci v rámci tradičního výzkumu nejsou součástí výzkumu
- při tradičním výzkumu je od výzkumníků vyžadována objektivita

Akční výzkum má samozřejmě i slabé stránky, se kterými je nutné počítat. Řadí se mezi ně:

- a) ohrožení objektivity

- záleží na zadavateli či iniciátorovi akčního výzkumu (participanti vědí, jaký výsledek je očekáván)

b) omezené zobecnění

- analyzovanou akci (proces) není možné zopakovat v nezměněné podobě, protože na veškeré dění působí faktor času, osobnosti účastníků atd.

c) rozdílná angažovanost participantů

- angažovanost a zaujetí pro daný akční výzkum se může u jednotlivých participantů lišit

- odvíjí se od očekávání jednotlivců

- v případě akčního výzkumu v rámci pracovního procesu je ovlivňována motivací ze strany vedení

- je ovlivňována zkušeností jednotlivců s akčním výzkum

- je ovlivňována vedoucím/koordinátorem daného akčního výzkumu

Jak již bylo uvedeno, akční výzkum se využívá v pomáhajících profesích a jeho široké uplatnění je patrné především v pedagogice. Tento fakt dokládá také množství pedagogické literatury zabývající se akčním výzkumem.

Vzhledem k tomu, že lze nalézt určité společné znaky mezi ošetřovatelstvím a pedagogikou (např. výkon povolání je ovlivňován osobností pracovníka, produktem činnosti je služba, činnost je zaměřená na člověka apod.), je možné metody akčního výzkumu v pedagogice transformovat na metody využitelné v ošetřovatelské praxi.

Příklad metod akčního výzkumu využitelných v ošetřovatelství:

a) metody hledání a tvorby východisek akčního výzkumu

- zdravotnická dokumentace (ošetřovatelská dokumentace, lékařská dokumentace atd.)

- skupinový rozhovor

- brainstorming

b) metody sběru dat

- pozorování (různé typy)

- rozhovor (různé typy)

- dokumentace (audio/videozáznam, fotografie, atd.)

- podklady pacientů (dopisy, stížnosti, sledování spokojenosti – dotazníky)

c) metody analýzy dat

- testování hypotéz/hypotetických tvrzení

- kódování dat

d) metody vytváření a ověřování strategií jednání

- brainstorming

- myšlenkové testování alternativ jednání

e) způsoby prezentace výsledků akčního výzkumu

- kazuistika

- zpráva z výzkumu

Akční výzkum, stejně jako tradiční metody výzkumu, před vlastním započítím vyžaduje pečlivou přípravu včetně vypracování projektu. Jednotlivé popisované kroky se budou lišit v návaznosti na problematiku, cíl akčního výzkumu, personální zajištění apod.

Struktura projektu akčního výzkumu

1. název projektu
2. cíl projektu
 - hlavní cíl
 - dílčí cíle
3. v případě kvantitativního výzkumu - hypotézy, které budou ověřovány
4. popis realizace projektu
 - a) popis problému či otázky, který/ou bude akčním výzkumem řešen
 - b) popis geneze
 - cílů
 - hypotéz/hypotetických tvrzení
 - c) popis výzkumných metod a způsob jejich využití
 - d) popis aktérů projektu a jejich role v rámci akčního výzkumu
 - sestavení realizačního týmu (charakteristika všech členů a jejich kompetencí)
 - e) popis prostředí, kde bude akční výzkum probíhat
 - f) návrh postupu realizace akčního výzkumu
 - charakteristika jednotlivých kroků včetně popisu dílčích činností
 - definování odpovědností za jednotlivé činnosti včetně potřebných kompetencí
 - přiřazení odpovědných osob za jednotlivé činnosti
 - g) SWOT analýza
 - h) návrh časového harmonogramu jednotlivých aktivit

Závěrečná zpráva o akčním výzkumu bude vycházet ze struktury jeho projektu a dále bude obsahovat:

1. Popis reálného plnění jednotlivých kroků a jejich evaluace
2. Popis plnění jednotlivých cílů (hlavního, dílčích)
3. Vyhodnocení ověření hypotéz/hypotéz/popis analýzy kvalitativních dat
4. Zhodnocení užitých metod
5. Zhodnocení spolupráce participantů
6. Popis a zhodnocení přínosu akčního výzkumu
7. Doporučení

V rámci akčního výzkumu se velice často využívá **SWOT analýza** (zkratka anglických výrazů pro silné, slabé stránky, příležitosti a ohrožení), což je manažerská diagnostická metoda. V akčním výzkumu bývá realizována pouze jako popis či sumarizace výše uvedených výrazů bez následné strategické analýzy.

Příklad projektu akčního výzkumu:

1. Název projektu
Snížení zátěže všeobecných sester na gerontopsychiatrických oddělení následné péče

2. Cíl projektu
Cílem tohoto projektu je snížit zátěž všeobecných sester na odděleních gerontopsychiatrického primariátu následné péče Psychiatrické nemocnice Bohnice (dále jen PNB).

Při naplňování tohoto cíle se dospěje k dílčím cílům:

- všeobecné sestry samy zanalyzují svou práci

- popis zátěžových situací v práci všeobecných sester na daném primariátu
- určení nejkritičtějších oblastí práce všeobecných sester na daném primariátu
- návrh opatření pro snížení zátěže všeobecných sester na daném primariátu

3. Hypotetická tvrzení

- a) psychická zátěž má větší negativní dopad na poskytovanou péči na daném primariátu než fyzická zátěž
- b) všeobecné sestry psychickou zátěž bagatelizují
- c) více než 75 % všeobecných sester na daném primariátu PNB trpí syndromem vyhoření

4. Popis realizace projektu

4.1 Popis prostředí

Gerontopsychiatrický primariát PNB se skládá z 5 oddělení, kde je poskytována následná péče. Jedná se o dlouhodobou péči o pacienty, jejichž stav vyžaduje neustálou péči a zlepšení tohoto stavu se nepředpokládá. Na oddělení jsou přijímáni pacienti starší než 65 let, trpící různými formami demence, vzácně mají jiné psychiatrické onemocnění.

Délka hospitalizace pacientů daného primariátu se pohybuje v řádech měsíců a let.

3 oddělení jsou určeny pro hospitalizaci mobilních nebo částečně mobilních pacientů, částečně inkontinentních a 2 oddělení jsou pro pacienty částečně nebo zcela imobilní a plně inkontinentní.

Práce všeobecných sester je psychicky i fyzicky velice náročná.

Ošetrovatelská péče je v naprosté většině případů komplexně orientována na prevenci imobilizačního syndromu. Práce veškerého personálu je ztížena faktem, že veškerá komunikace a spolupráce s hospitalizovanými pacienty je značně omezena jejich psychickým stavem.

Dále, jak již bylo uvedeno, hospitalizace jsou dlouhodobé, proto dochází k vytváření určitých vztahů mezi sestrami a pacienty. Zdravotní stav pacientů se zde obvykle nezlepšuje, naopak často dochází k úmrtím.

Výše uvedené příklady dokladují náročnost práce všeobecných sester na těchto odděleních.

4.2 Geneze cílů a hypotéz

Cílem tohoto projektu je snížení zátěže všeobecných sester gerontopsychiatrického primariátu následné péče PNB.

Jak bylo výše uvedeno, práce na odděleních gerontopsychiatrie je nejen fyzicky, ale i psychicky náročná. Aby byly sestry schopné poskytovat kvalitní péči hospitalizovaným pacientům, kteří jejich úsilí nejsou schopni ocenit, musí také umět pečovat samy o sebe. To ale vyžaduje znalost problematiky psychické a fyzické zátěže vykonávané profese a především uvědomění si tohoto problému.

ad a) psychická zátěž má větší negativní důsledky než zátěž fyzická

Praxe ukazuje, že většina zdravotnických pracovníků, tedy i všeobecných sester, jsou ochotni akceptovat např. poranění nebo jiný fyzický problém jako legitimní důvod pro pracovní omezení, kdežto psychické problémy vyplývající z výkonu profese, které negativně ovlivňují kvalitu poskytované péče, jsou neřešeny a často vědomě přehlíženy.

ad b) všeobecné sestry psychickou zátěž bagatelizují

Z rozhovorů mezi sestrami a z jejich chování vyplývá, že si uvědomují existenci tohoto druhu zátěže, ale nepřipouští si její dopad na pracovní výkon.

ad c) více, než 75 % sester na gerontopsychiatrickém primariátu následné péče PNB trpí syndromem vyhoření

Na daném primariátu pracují většinou všeobecné sestry, které zde mají praxi několik desítek let. V PNB obecně nefunguje žádný systém prevence syndromu vyhoření a nikdo se nezabývá otázkou motivace sester pro práci na odděleních tohoto typu.

U zdravotnických pracovníků dochází během let praxe k jistému otupění a oploštění citů. Jako následek můžeme pozorovat, že sestry s pacienty komunikují minimálně, vyjadřují svým chováním autoritu a nadřazenost. Tento přístup se také přenáší do jednání s návštěvami pacientů, což vede ke zhoršení spolupráce mezi rodinou a ošetřovatelským týmem.

Dále můžeme pozorovat, že sestry pracující na daném primariátu se nechtějí dále vzdělávat, protože nevidí uplatnění získaných znalostí a dovedností na oddělení tohoto typu. Z těchto důvodů péče stagnuje a nekopíruje vývoj ošetřovatelství. Jakékoliv snahy o inovace a zkvalitnění péče jsou ze strany sester přijímány s velikou nechtí. Je-li na oddělení skupinka sester, které inovaci podporují, vznikají tak mezi personálem neshody, které se odrážejí i v kvalitě poskytované péče.

Zátěž všeobecných sester, a především práce s touto problematikou, je důležitým prvkem v prevenci syndromu vyhoření a tedy i součástí udržování požadované kvality ošetřovatelské péče.

4.3 Výzkumné metody

- pozorování zaměřené na pozorování činností všeobecných sester během denní i noční směny (popis časových sledů, potřebných znalostí a dovedností, potřeby rychlého rozhodování,)
- studium pracovních náplní všeobecných sester
- porovnání pracovních náplní všeobecných sester a jejich dodržování na pracovišti
- rozhovory se všeobecnými sestrami zaměřené na zjištění individuálních zkušeností a názorů
- rozhovory s lékaři
- workshop(y) zdravotnických pracovníků
- zapojení všeobecných sester a lékařů do projektu
- zmapování názorů participantů
- návrh strategie pro snížení zátěže všeobecných sester

4.4 Aktéři projektu

- náměstek pro ošetřovatelskou péči PNB
- zadavatel projektu
- facilitátor setkání
- vrchní sestra daného primariátu
- koordinátor akčního výzkumu, výzkumný pracovník
- staniční sestry jednotlivých gerontopsychiatrických oddělení
- všeobecné sestry daného primariátu
- lékaři daného primariátu

4.5 Návrh postupu akčního výzkumu

O provedení akčního výzkumu bude informovat náměstek pro ošetrovatelskou péči primáře, vedoucí lékaře vrchní sestru a staniční sestry na poradě daného primariátu, která se koná

Náměstek pro ošetrovatelskou péči seznámí účastníky s předpokládaným průběhem akčního výzkumu. Staniční sestry následně předají tyto informace na jednotlivých odděleních.

a) pozorování

1) provádí staniční sestry na jednotlivých odděleních

2) záznam:

- veškeré činnosti všeobecných sester
- časovou souslednost a náročnost jednotlivých činností
- potřebné znalosti a dovednosti (odborné, technické, provozní, atd.)
- potřebu pomoci druhé všeobecné sestry
- průběh komunikace s návštěvami pacientů
- počet a důvod telefonátů
- dostupnost potřebných pomůcek
- možnost odpočinku všeobecných sester v nerušeném a příjemném prostředí
- využívání přestávek během pracovní doby
- podmínky pro administrativu
- veškeré další relevantní informace

b) studium pracovní náplně všeobecných sester

1) provádí vrchní sestra nebo jí pověřený pracovník

- sumarizace legislativních požadavků na pracovní činnost všeobecných sester na gerontopsychiatrických odděleních následné péče
- sumarizace smluvních požadavků na pracovní činnost všeobecných sester na gerontopsychiatrických odděleních následné péče

c) porovnání pracovních náplní všeobecných sester a jejich dodržování na pracovišti

1) provádí vrchní sestra nebo jí pověřený pracovník

- sumarizace legislativních požadavků na pracovní činnost všeobecných
- zaměření především na výkony a procesy, které jsou na daném primariátu realizovány a současně také na výkony, které nejsou v kompetencích všeobecné sestry, ale v běžné praxi je provádějí

d) rozhovory se všeobecnými sestrami zaměřené na zjištění individuálních zkušeností a názorů

1) provádí vrchní sestra nebo jí pověřený pracovník

- zjištění neovlivněného názoru sester na problematiku zátěže
- zjištění osobní zkušenosti a návrhy pro péči ze strany vedení o ošetrovatelský personál
- výstupy z těchto rozhovorů budou materiálem pro workshop personálu

e) rozhovory s lékaři

1) provádí vrchní sestra nebo jí pověřený pracovník

- zjištění očekávané spolupráce se všeobecnými sestrami
- popis rozdílů mezi očekáváním a praxí
- návrhy změn
- výstupy z těchto rozhovorů budou materiálem pro workshop personálu

f) workshop(y) personálu všech oddělení primariátu

1) facilituje náměstek pro ošetrovatelskou péči

- seskupení jednotlivých zátěžových situací do souvisejících bloků
- určení nejkritičtější oblasti zátěže všeobecných sester
- návrh metod pro snížení zátěže
- plán implementace navržených metod do praxe

4.6 SWOT analýza

a) silné stránky

- zapojení náměstka pro ošetrovatelskou péči
- spoluúčast lékařů
- projev zájmu o všeobecné sestry ze strany managementu
- dobrovolná účast

b) slabé stránky

- neochota všeobecných sester k vedlejším aktivitám
- neochota všeobecných sester prezentovat své názory
- obava všeobecných sester z kontroly
- potřeba oslovení velkého počtu personálu (35 všeobecných sester, 5 staničních sester, 8 lékařů, 1 náměstek pro ošetrovatelskou péči, 1 vrchní sestra)
- potřeba spolupráce lékařů ve prospěch všeobecných sester
- nezkušenost všech účastníků akčního výzkumu
- dobrovolná účast

c) příležitosti

- získání prvotní zkušenosti s akčním výzkumem v PNB
- zvýšení prestiže gerontopsychiatrické následné péče v rámci PNB
- zkvalitnění poskytované péče
- zlepšení pracovních podmínek pro všeobecné sestry
- navázání hlubší spolupráce mezi jednotlivými odděleními v rámci primariátu
- prohloubení spolupráce mezi všeobecnými sestrami a lékaři
- zlepšení komunikace v rámci daného primariátu

d) ohrožení

- devalvace projektu neformálními komunikačními kanály z jiných oddělení
- nedostatečné teoretické a praktické zkušenosti ze strany náměstka pro ošetrovatelskou péči jako facilitátora
- nedostatečné teoretické a praktické zkušenosti vrchní sestry jako koordinátora a výzkumníka
- omezený časový prostor
- nutnost využívání volného času všeobecných sester
- nedostatečná motivace náměstka pro ošetrovatelskou péči a vrchní sestry

Pro zdárné provedení tohoto akčního výzkumu je nezbytné získat spolupráci lékařů. Z tohoto důvodu bude nejdříve osloven primář. Hlavním argumentem pro získání jeho zaangażovanosti je kvalita poskytované péče. Primář z titulu své funkce následně osloví jednotlivé lékaře.

Pro všechny lékaře musí být akční výzkum dostatečně zajímavý, aby se ho aktivně zúčastnili, a musí jim být poskytnut prostor pro prezentování svých názorů. Na druhou stranu ale všeobecné sestry, jakožto hlavní aktérky tohoto akčního výzkumu by neměly mít pocit, že jsou v pozadí. Tato skutečnost klade na facilitátora workshopů vysoké nároky.

Další problematickou oblastí, je přimět všeobecné sestry, aby na workshop přišly i ve svém volném čase. Finanční kompenzace volného času stráveného na workshopu není možná.

Před zahájením každého z výzkumných kroků je potřebné personálu zdůraznit účel, dobrovolnost a následky jejich neúčasti.

4.7 Návrh časového harmonogramu

x. x. 20xx

- porada primariátu; informace o projektu akčního výzkumu

- odpovědný pracovník:

x. x.-x. x. 20xx

- předání informací na jednotlivá oddělení

- pozorování (staniční sestry)

- odpovědný pracovník:

x. x.–x. x. 20xx

- studium pracovní náplně všeobecných sester

- odpovědný pracovník:

x. x.–x. x. 20xx

- porovnání pracovních náplní všeobecných sester a jejich dodržování na pracovišti

- odpovědný pracovník:

x. x.–x. x. 20xx

- rozhovory se všeobecnými sestrami zaměřené na zjištění individuálních zkušeností a názorů

- odpovědný pracovník:

x. x.–x. x. 20xx

- rozhovory s lékaři

- odpovědný pracovník:

x. x.–x. x. 20xx

- workshop(y) personálu všech oddělení primariátu

- odpovědný pracovník:

Všichni, kdo se účastní akčního výzkumu, by si měli uvědomovat, že podstatou akčního výzkumu není daná ustálená metoda, ale určitá aktivita vycházející z konkrétního kontextu.

Průběh akčního výzkumu je doprovázen neustálým kladením si otázek typu:

a) Co dělám/e?

b) Co to znamená?

c) Jak to dělám/e?

d) Jak to mohu/můžeme dělat jinak?

e) Jak je to důležité?

f) Pro koho to dělám/e?

g) S kým spolupracuji/spolupracujeme?

h) Kdo jsou naši zákazníci/klienti/spotřebitelé/pacienti...?

i) Jaká jsou jejich očekávání?

j) Jaká jsou moje/naše očekávání?

Akční výzkum lze považovat za úspěšný v těchto případech:

1. při dosažení změny (na individuální či kolektivní úrovni)
2. výstupy výzkumu přispěly k řešení problematických oblastí

3. výzkum přispěl ke zvýšení kompetencí participantů
4. výstupy výzkumu jsou využitelné pro teoretické a/nebo praktické účely

Jak již bylo uvedeno, akční výzkum je jedinečný, a proto nelze zobecňovat způsob jeho provedení a ani způsob jeho hodnocení.

Literatura:

COGLHLAN, David, Teresa BRANNICK. *Doing Action Research in Your Own Organization. Fourth Edition*. Thousand Oaks: Sage Publications, 2014. ISBN 978-144-627-257-2.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-736-7040-2.

HOŠPESOVÁ, Alena a Marie TICHÁ. Kvalifikovaná pedagogická reflexe. Cesta ke zlepšení kultury vyučování? In: HOŠPESOVÁ, Alena, STEHLÍKOVÁ, Naďa a Marie TICHÁ (Eds.). *Cesty zdokonalování kultury vyučování matematice*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2007. S. 41-72. ISBN 978-80-7394-052-2.

KLEVETOVÁ, Dana. Smysl supervize na pracovišti – nástroj zlepšování kvality ošetrovatelské péče. In: *Sestra* [online]. 2011, 7-8, s. 22-24. ISSN 1210-0404. [online]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/archiv/sestra/?id=3775>.

LEVIN, Morten. Action research and the research community. In: *Concepts and Transformation*. 2003. 8(3), 275-280. ISSN 1569-9692.

NEZVALOVÁ, Danuše. Akčním výzkumem k zlepšení kvality školy. In: *e-Pedagogium*. 2002, 2(4), 5-12. ISSN 1213-7758.

MERTENS, Donna, M. *Research and Evaluation in Education and Psychology – Integrating Diversity with Quantitative, Qualitative, and Mixed Methods*. Thousand Oaks: SAGE Publications, 2005. ISBN 076-192-805-7.

PAČESOVÁ, Martina. *Lékař, pacient a Michael Balint. Balintovské skupiny v Česku*. Praha: Triton, 2004. ISBN 80-7254-491-8.

PATTON, Michael, Quinn. *Qualitative research and evaluation methods*. Thousand Oaks: SAGE Publications, 2002. ISBN 076-191-971-6.

STAKE, E. Robert. *Standards-Based and Responsive Evaluation*. Thousand Oaks, Sage Publication 2004. ISBN 978-07-619-2664-1.

Supervize. Stránky pro supervizory a supervidované [online]. ČESKÝ INSTITUT RPO SUPERVIZI. (2006, © Český institut pro supervizi) [vid. 22. 4. 2014]. Dostupné z: <http://www.supervize.eu/o-supervizi/jak-supervize-probiha/>.

VENGLÁŘOVÁ, Martina a kol. *Supervize v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2013. ISBN 978-80-247-4082-9.

VESELÝ, Arnošt. Společnost vědění jako teoretický koncept. *Sociologický časopis*. 2004, 40 (4), 433-446. ISSN 0038-0288.

8.1 Evaluate

Při popisu akčního výzkumu je zmíněna také **evaluate**.

Pro pochopení průběhu celého procesu akčního výzkumu je třeba tento pojem vysvětlit.

Jako český ekvivalent je používán termín „vyhodnocování“. Jde o proces zahrnující

- sběr informací
- zpracování informací

- vyhodnocení informací

Cílem evaluace je získání podkladů pro rozhodování, zlepšení kvality, účinnosti, efektivity apod. v určitém procesu.

Evaluace je objektivním zhodnocením dokončeného procesu (v některých případech se provádí i evaluace v průběhu procesu). Účelem je posouzení relevance a naplnění cílů, efektivity, dopadů a udržitelnosti.

Evaluace poskytuje užitečné a důvěryhodné (podložené) informace.

Důležitou součástí evaluace je příprava kritérií, podle kterých jsou získané informace analyzovány.

Evaluace jako pojem zahrnuje souhrnně teorii, metodologii a praxi hodnocení různých procesů.

Evaluaci rozlišujeme formativní a sumativní.

Formativní evaluaci lze popsat jako okamžitou, lehce proveditelnou bez náročnějších příprav. Přispívá k utváření či formování efektivního procesu a je nejčastěji využívána ve fázi implementace změny. Formativní evaluace je označována za „pohled vpřed“.

V rámci formativní evaluace jsou převážně využívány kvalitativní výzkumné metody.

Sumativní evaluace hodnotí efektivnost provedené změny. Není výjimkou, že sumativní evaluaci provádí externí společnost, především z důvodu zachování objektivity.

Sumativní evaluace je označována za „pohled zpět“.

V rámci sumativní evaluace jsou převážně využívány kvantitativní výzkumné metody. (STAKE, 2004)

Dalším možným dělením evaluace je interní a externí.

Interní evaluace vychází z dané organizace a je prováděna jejími zaměstnanci. Výsledky interní evaluace souží výhradně potřebám této organizace a nemusejí být zveřejňovány.

Externí evaluace je prováděna smluvně, tedy na zakázku. Výsledky externí evaluace často slouží k porovnávání jednotlivých organizací mezi sebou.

Z výše uvedeného vyplývá, že evaluace je součástí akčního výzkumu, dále se samostatně využívá při hodnocení efektivity určitého procesu v rámci řízení změny nebo pro posouzení např. kvality procesu apod.

Evaluaci si může provádět jak sama organizace, tak lze využít i nabídku různých společností poskytujících profesionální evaluaci v různých oborech.

Pro orientační posouzení kvality připravované evaluace se lze opřít o základní

kritéria evaluace:

a) užitečnost (utility)

- výsledky evaluace musejí být smysluplně využitelné
- zjištěné informace jsou využitelné pro všechny participanty

b) proveditelnost (feasibility)

- provedení evaluace musí být reálné
- evaluace musí být zajištěna po praktické stránce

c) oprávněnost (propriety)

- nutnost dodržení etických pravidel
- evaluace je prováděna s respektem a úctou ke všem participantům

d) výstižnost/přesnost (accuracy)

- evaluace je prováděna metodicky správně
- technická stránka evaluace odpovídá vysoké úrovni (HENDL, 2005)

Souvisejícím pojmem, a často zaměňovaným za vyhodnocování, je hodnocení. Rozdíl mezi evaluací, tedy vyhodnocováním a hodnocením lze spatřovat v řízení těchto činností.

Hodnocení je neřízená činnost oproti evaluaci, která je poměrně striktně řízena.

Stručná charakteristika evaluace

Kritéria:

- jsou jasně definována
- odsouhlasena
- stanoveny specifické oblasti priorit založené na stanovených cílech
- formulovány indikátory výkonu

Evaluační plán:

- strukturovaný
- popsané odpovědnosti participantů
- definovány vztahy s cíli
- vyžaduje detailní plánování

Metody:

- systematické
- přesně určené zdroje dat
- použit reprezentativní vzorek
- evaluační nástroje odpovídají metodám použitým pro sběr dat
- systematická analýza dat
- vypracování zprávy

V rámci evaluace se provádí také **reflexe** (v odborné literatuře, ale i v praxi se setkáváme s ekvivalentem „sebereflexe“, který více evokuje poznávání sama sebe). Jde o rozbor a zhodnocení činnosti či stavu. Jde o způsob zkušenostního učení či rozvoje kompetencí. Po určité činnosti (akce) se pracovník ohlíží zpět a hledá souvislosti mezi výsledným efektem provedené činnosti (např. implementace změny) s dílčími kroky jednotlivých pracovníků, případně celé skupiny.

Pomocí reflexe srovnáváme vlastní zkušenosti se zkušenostmi ostatních pracovníků a identifikujeme souvislosti daného procesu.

Reflexe je součástí veškeré lidské činnosti. Každý jedinec ji intuitivně provádí např. tím, že přemýšlí o svém prožitku v určité situaci. Přemítá, co se vlastně stalo a co měl udělat či co by příště udělal. Za kvalifikovanou reflexi považujeme tu, která je systematická, zabývá se vlastní činností včetně rozhodovacích procesů a zahrnuje vědomé odůvodnění jednání v rámci reflektované činnosti. (HOŠPESOVÁ, TICHÁ, 2007)

Pro kvalifikovanou reflexi, jakožto metody evaluace, je žádoucí dodržovat určitý logický průběh či postup, který umožní získat a využít relevantní informace pro celý průběh akčního výzkumu a v neposlední řadě motivuje všechny participanty k další činnosti.

Příklad možného průběhu reflexe:

- reflexe účastníků se týká nejen celkových, ale i hlavních dojmů
- účastníci popíší průběh aktivit, kterých se zúčastnili
- účastníci individuálně popisují své emoce
- reflexe kolektivního dění/participace
- reflexe probíhajícího procesu – např. implementace změny a využívaných technik
- zobecnění získaných informací, způsob jejich využití v daném procesu a případně formulace vzniklých otázek

Významnou složkou reflexe je **zpětná vazba**, kterou lze popsat jako způsob předávání informací jedinci o tom, jak jeho okolí vnímá a chápe jeho chování a případně, jaké má jeho chování důsledky (např. reakce kolegů)

Dalším termínem souvisejícím s akčním výzkumem je **facilitace**.

Facilitaci lze významově připodobnit k pomoci či usnadnění. Jde o metodu řízení týmu, skupiny v rámci managementu nebo při společné tvorbě a plánování (např. určitého dokumentu, projektu apod.)

Je také využívána při akčním výzkumu, evaluaci (i jako samostatné metody) a dalších činnostech, při kterých je třeba, aby všichni participanté aktivně spolupracovali.

Pomocí facilitace se především pracuje s názory participantů – jejich získávání od členů dané skupiny/týmu, formulace a dále např. vytváření konsenzu nebo jiných výstupů jednotlivých facilitovaných setkání. Je to nedirektivní metoda vedení diskuze a skupinového rozhodování. Facilitace tedy napomáhá ke změně postojů jednotlivých účastníků.

Výhodou takovýchto setkání je, že zrcadlí názor účastníků a tím se stávají vzešlá rozhodnutí pro všechny transparentnější a akceptovatelnější.

8.2 Supervize

V posledních letech se v souvislosti s reflexí, lépe systematickou reflexí, profesního jednání setkáváme se supervizí.

Supervize je nástroj, pomocí kterého se řeší problematické oblasti jednotlivých pracovníků a to v souvislosti s:

- přímou činností (v kontextu ošetrovatelství péčí o konkrétního pacienta, případně pacienty s určitou diagnózou)
- organizačními podmínkami
- spoluprací v týmu

Počátky supervize lze hledat v oboru psychiatrie. Za zakladatele supervize je pokládán Michael Balint, maďarský psychoanalytik, jehož Bálintovské skupiny (metoda řešení problémů, supervizní metoda) se dodnes hojně využívají. (PAČESOVÁ, 2004)

Supervize je označována za zprostředkování nezatíženého náhledu na činnost, kterou člověk vykonává, s cílem:

- vyvarovat se chyb
- osobního a profesního růstu
- potvrzení kvality této činnosti

Jde o činnost, při které pomocí supervizora uvažujeme nad poskytovanou péčí o pacienta, kvalitou práce, dále jde o emocionální podporu supervidovaného personálu a v neposlední řadě se řeší problematické kauzy z hlediska etiky.

Pomocí supervize se také zvyšuje schopnost pracovníka reflexe (uvědomovaného vnímání) vlastní práce a sebereflexe (uvědomovaného sebevnímání). Úkolem supervize je zkvalitňovat úroveň práce v dané odbornosti.

Hlavními funkcemi supervize je řízení (hodnocení a posuzování pracovníkova výkonu), vzdělávání (předávání zkušeností z praxe, rozvoj odbornosti) a podpora (spolu-nesením pracovní zátěže, sdílením, předáváním pracovního odhodlání).

Na otázku „Co vlastně supervize je?“ lze také odpovědět výčtem následujících pojmů:

- „Pohled zvnějšku
- Ošetření vztahů
- Učení
- Povzbuzení
- Posílení profesionality
- Obrana proti stereotypu
- Pomoc při zvládnání bezmoci, pocitů viny
- Podpora při zavádění nových postupů, změn
- Poradenství
- Možnost profesionálního růstu“ (VENGLÁŘOVÁ, 2013, s. 16)

Supervizi lze rozlišovat několika způsoby:

a) podle supervizora

- interní – supervizorem je osoba pracující v dané organizaci
- externí – supervizorem je osoba danou organizací najatá, která nemá k této organizaci jiný pracovní vztah

b) podle supervizantů

- individuální supervize
- týmová supervize – většinou se jedná o pracovní tým (v oblasti ošetrovatelství jde o všeobecné sestry, lékaře, fyzioterapeuty, sociální pracovníci atd.)
- skupinová supervize – většinou se jedná o supervizi pracovníků jedné profese (např. skupiny všeobecných sester, které nespolupracují v jednom týmu, ale mohou pracovat v rámci jedné nemocnice na různých odděleních)

Supervize je proces, který lze rozdělit do několika navzájem propojených fází:

1. smlouva – určuje cíl a smysl supervize; smlouva není neměnná, umožňuje změnu vyplývající z průběhu supervize
2. zaměření - hlavní téma supervize; řeší konkrétní zakázku, kterou chce supervidovaný řešit
3. prostor – vlastní supervize, jde o společnou práci supervizora a supervidovaného; poskytuje prostor pro veškeré emoce, potvrzování, odhalování apod.
4. most – nebo-li návrat k sobě (myšleno supervidované osobě), ke svému pojetí, změně náhledu, zpracování supervizního materiálu
5. shrnutí - vyhodnocení práce supervizora a supervidovaného, vzájemné poskytnutí zpětné vazby, popis pokroku ve společné práci (KLEVETOVÁ, 2011)

Z výše uvedených informací vyplývá, jak lze supervizi využít a co vše může nabídnout:

- prezentaci problémů
- řešení etických a legislativních otázek
- vzdělávání a rozvoj profesionality pracovníků
- podporu sebedůvěry pracovníků
- prevence syndromu vyhoření
- zkvalitnění mezilidských vztahů v týmu

- pomoc při zapracování nových pracovníků
- ujasnění si své role
- identifikace zátěžových situací
- poskytnutí zpětné vazby
- osobní rozvoj/učení (KLEVETOVÁ, 2011)

Dohodu o supervizi, nebo-li kontrakt, lze rozdělit na dvě části:

1. technický kontrakt – upravuje typ supervize (např. týmová), frekvenci soupervizních setkání, doba uskutečňování supervize, místo supervize, související finanční záležitosti, podmínky pro odstoupení od kontraktu, etická specifika supervize (např. mlčenlivost), výstup supervize, atd.
2. zakázka – obsahový kontrakt, tedy specifikace oblastí pro řešení (na každé supervizi jsou pak identifikovány konkrétní zakázky pro supervizi) (ČESKÝ INSTITUT RPO SUPERVIZI, 2006)

Příklad supervizního kontraktu:

Specifikace: Externí supervize pracovního týmu

1. Účastníci dohody

- externí supervizor: xy
- vedoucí pracovního týmu: staniční sestra
- zástupce zdravotnického zařízení: náměstek pro ošetrovatelskou péči/ manažer kvality apod.

2. Předmět dohody

Předmětem dohody je provádění externí supervize pracovního týmu výše zdravotnického zařízení.

Externí supervizi se rozumí stav, kdy supervizor není s výše uvedeným zdravotnickým zařízením v pracovním ani obdobném poměru nebo ve smluvním vztahu na jinou činnost.

3. Způsob provádění supervize

- a) Supervize bude prováděna jako týmová, za účasti vedoucího daného pracovního týmu (staniční sestra).
- b) Supervizní setkání se budou konat 3 hodiny 1x měsíčně v pravidelnou dobu dle vzájemné dohody mezi supervizorem a vedoucím pracovního tým (staniční sestrou), ad hoc změna termínu je možná rovněž dle vzájemné dohody.
- c) supervizní setkání se budou konat na pracovišti týmu, ad hoc změna místa je možná dle vzájemné dohody.

d) Supervize se účastní v maximální možné míře všichni členové pracovního týmu včetně vedoucího (staniční sestry).

e) Případná účast dalších osob je možná jen se souhlasem všech účastníků supervize a supervizora.

f) Účast na supervizi je součástí pracovní náplně členů supervidovaného týmu.

g)

4. Účel a zaměření supervize

a) Účelem supervize je udržování a rozvoj kvality poskytovaných služeb odpovídajících platným standardům a směrnícím daného zdravotnického zařízení a souvisejících legislativních ustanovení.

b) Supervize se bude zaměřovat zejména na tyto oblasti:

- příklady práce s pacienty, znalosti a dovednosti členů pracovního týmu, jejich postoje k pacientům a dalších aspektů jejich profesionální role (například aspekty profesionální etiky)

- fungování a kooperace pracovního týmu

- koncepční a odborné aspekty činnosti daného zdravotnického zařízení, které tvoří prostředí pro práci s pacienty, profesionální rozvoj členů pracovního týmu a fungování týmu.

c) Obsah konkrétního supervizního setkání je věcí dohody mezi supervizorem a supervidovaným týmem.

d) Supervize se nezaměřuje na mimopracovní problémy členů týmu.

5. Práva a závazky účastníků dohody

a) Supervizor

- Odměna supervizora za poskytování supervize je upravena zvláštní smlouvou mezi supervizorem a organizací podle platného právního řádu.

- Supervizor bude provádět supervizi podle svého nejlepšího odborného vědomí a svědomí a respektovat přitom uznávané etické kodexy.

- Supervizor vypracuje 1x za pro dané zdravotnické zařízení hodnotící zprávu, kterou nejdříve projedná se supervidovaným týmem, který může v jejím doplnku formulovat odlišná stanoviska a vysvětlení.

- Shledá-li supervizor, že supervize neplní svůj účel z důvodu na straně organizace nebo supervidovaného týmu, nebo zjistí-li v týmu závažné profesionální nedostatky či etické pochybení, vypracuje mimořádnou zprávu s přihlédnutím k postupu ve výše uvedeném bodě, vyvolá jednání s vedením daného zdravotnického zařízení.

b) Členové supervidovaného týmu

- Členové supervidovaného pracovního týmu mají právo na rovný přístup k supervizi a rovnou účast při supervizních setkáních.

- Členové supervidovaného pracovního týmu se účastní supervize v rámci své pracovní náplně.

- Každý člen supervidovaného pracovního týmu včetně vedoucího pracovníka (staniční sestry) si může dohodnout individuální setkání se supervizorem a závěry z něj, které jsou pro tým významné, budou oznámeny při nejbližším možném týmovém supervizním setkání.

c) Zdravotnické zařízení

- Zdravotnické zařízení zajistí odměňování supervizora podle písmene a) tohoto článku.

- Zdravotnické zařízení zajistí členům týmu rovný přístup k supervizi a úpravu pracovních podmínek tak, aby supervize mohla probíhat dohodnutým způsobem.

6. Platnost dohody

- a) Dohoda se uzavírá na dobu měsíců.
- b) Dojde-li k mimořádné změně výchozích podmínek nebo k závažnému neplnění kontraktu, může kterýkoliv z účastníků od kontraktu odstoupit s oznámením v předstihu 1 měsíce.
- c) Dohoda se prodlužuje automaticky na další období měsíců, neoznámí-li jeden z účastníků v předstihu 1 měsíce před ukončením platnosti, že od dohody odstoupí.
- d) Odstoupí-li od kontraktu supervidovaný pracovní tým, zaniká tým i právní vztah mezi supervizorem a zdravotnickým zařízením.

7. Závěrečná ustanovení

- a) Tento kontrakt se vyhotovuje ve třech vyhotoveních, z nichž každý z účastníků obdrží po jednom výtisku.
- b) Změny a doplňky tohoto kontraktu je možné platně ujednat písemnou formou.
- c) Účastníci kontrakt přečetli, s jeho obsahem souhlasí a konstatují, že obsah kontraktu odpovídá stanoveným požadavkům na externí supervizi.
Externí supervize si klade za cíl dosažení správné odborné praxe odpovídající standardům a je zaměřena na tyto oblasti:
 - (a) vědomosti, metody intervence, praktické dovednosti
 - (b) postoje zaměstnance a pochopení jeho profesionální role
 - (c) fungování týmu

V dne

Supervizor

Vedoucí pracovník supervidovaného týmu:.....

Zástupce zdravotnické organizace:

Mezi základní funkce supervize patří, kromě podpůrné funkce, vzdělávání.

Jedná se především o rozvoj kompetencí pracovníků ve smyslu dovedností, porozumění vlastní reflexe (viz výše).

Toto vzdělávání a tedy zároveň osobní rozvoj jednotlivých pracovníků se děje pomocí reflexe, tedy rozboru jednání a jednotlivých činností supervidovaných. Právě propojenost supervize a reflexe je pojátkem obou navzájem propojitelných metod v souvislosti s akčním výzkumem.

Není výjimkou, že projekt akčního výzkumu již ve své struktuře supervizi začleňuje.